

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO SÓCIO ECONÔMICO**

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**TECENDO ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE:  
O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE – COMO FOCO  
PRINCIPAL, A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL**

**ELIZANDRA TESARO**

**RECEBIDO**

Secretaria do Departamento de Serviço Social

CSE/UFSC

Em 17/06/2010 às 11:00 horas

Assinatura

**Rosana Maria Gaio**  
Coord. de Estágio e TCC  
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

**FLORIANÓPOLIS**

**2010**

**ELIZANDRA TESARO**

**TECENDO ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE:  
O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE – COMO FOCO  
PRINCIPAL, A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL**

**BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Assistente Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Maria Aparecida Maistro

**Florianópolis**

**2010**

**ELIZANDRA TESARO**

**TECENDO ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE:  
O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE – COMO FOCO  
PRINCIPAL, A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL**

Trabalho e Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.



Orientadora

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Maria Aparecida Maistro


UFSC/ Departamento de Serviço Social



1<sup>a</sup> Examinadora

Prof<sup>ª</sup>. Daiana Nardino Dias

UFSC/ Departamento de Serviço Social



2<sup>a</sup> Examinadora

Ms. Cleide Gessele

Assistente Social / Prefeitura Municipal de Major Gercino - SC

Florianópolis/ maio/2010.

## AGRADECIMENTOS

A realização desde Trabalho de Conclusão de Curso representou um momento muito especial em minha vida, foi à motivação para minha futura vida profissional, que também foi construída no decorrer da graduação onde despertou em mim o interesse em ser uma profissional dedicada, a minha futura profissão. Durante a trajetória acadêmica, obtive a colaboração e amizades de muitos, em destaque:

Á Deus, por toda a força durante esta longa caminhada;

Ao GEAN, meu companheiro há 08 anos, pelo incentivo, dedicação, compreensão, companheirismo, por me apoiar em muitos momentos difíceis, onde muitas vezes sentou a mesa comigo para estudar, muito obrigada;

Á minha mãe, MARIA que mesmo longe, sempre presente me incentivando, apoiando; obrigada mãe;

Ao meu pai, RICARDO, que partiu desta vida durante a minha caminhada acadêmica, este não tenho palavras para expressar minhas saudades, sempre foi o orgulho dele ter uma filha estudando na UFSC, saudades..... descanse em paz;

Ao meu filho em especial VICTOR, que me acompanhou durante um semestre para a UFSC (gravidez), onde, sentia-se muito incomodado na sala de aula, (Acho que ele não estava gostando da aula.... e das visitas ao Saco Grande;

A todos os colegas de turma, e de outras turmas, pelo convívio nestes anos de Universidade;

As muitas amizades que fiz na UFSC;

Aos Professores do Departamento de Serviço Social, pela dedicação, e ensinamentos durante a formação profissional, em especial Profª Dra. Maria Teresa dos Santos, por ter entendido a minha situação neste momento e apoiado, fazendo que eu realize meu sonho profissional, atuar na área de formação, e também a Rosana Gaio, pela compreensão e dedicação, obrigada;

Em especial a Professora Cleide Gessele, que iniciou no semestre de 2009/2 a elaboração de trabalho, mas por imprevistos não pude concluir naquele semestre;

Á minha orientadora Profª Ms. Maria Aparecida Maistro, por aceitar me orientar, nas condições que foi realizado este trabalho, obrigada pelo acolhimento, aconchego, apoio. Não encontro palavras para expressar minha gratidão;

A toda minha família, que sempre me deram apoio durante a minha formação;

Aos meus colegas de trabalho em especial Cristiane Rosa e Sarita que muitas vezes ouviram as minhas lamentações, obrigada por tudo, espero que continuaremos em contato sempre, mesmo com a talvez distancia profissional;

À minha coordenadora Thaise, por sempre entender, e me dispensar de meu trabalho, para resolver assuntos pertinentes a faculdade, estágio, orientações para o TCC, etc. obrigada;

As profissionais do NASF, Assistente Social Fabiola e Psicóloga Alessandra, por me ajudarem com material, explicações, para elaboração deste trabalho;

Agradeço e todos que de alguma maneira estiveram presentes, nesta minha longa caminhada;

E dedico este meu trabalho aos meus amores, GEAN e VICTOR, vocês são a razão de meu viver, são os incentivos aos meus passos, para as minhas conquistas.

**OBRIGADA AMO VOCÊS.**

“Dizem que sou louco por pensar assim  
Se eu sou muito louco por eu ser feliz  
Mas louco é quem me diz  
E não é feliz, não é feliz  
Se eles são bonitos, sou Alain Delon  
Se eles são famosos, sou Napoleão  
Mas louco é quem me diz  
E não é feliz, não é feliz  
Eu juro que é melhor  
Não ser o normal  
Se eu posso pensar que Deus sou eu  
Se eles têm três carros, eu posso voar  
Se eles rezam muito, eu já estou no céu  
Mas louco é quem me diz  
E não é feliz, não é feliz  
Sim sou muito louco, não vou me curar  
Já não sou o único que encontrou a paz  
Mais louco é quem me diz  
E não é feliz  
Eu sou feliz”

**(Ney Matogrosso)**

**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Leitos Psiquiátricos SUS por ano (1996-2005) .....27

Gráfico 2: Rede de atenção à saúde mental.....42

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Atribuição de cada esfera enquanto gestores de políticas públicas..... 35



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra- Hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004 ..... 26

Tabela 2: Leitos das Unidades Federativas ..... 28

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACS</b>	– agentes comunitários de saúde;
<b>CAPS</b>	– Centros de Atenção Psicossociais;
<b>CF</b>	- Constituição Federal;
<b>CONASP</b>	– Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária;
<b>COFINS</b>	– Contribuição sobre o Lucro Líquido;
<b>CPMF</b>	– Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira;
<b>DINSAM</b>	– Divisão Nacional de Saúde Mental;
<b>ESF</b>	– Estratégia Saúde da Família;
<b>FNS</b>	– Fundo Nacional de Saúde;
<b>IAPC</b>	– Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes;
<b>IAPI</b>	– Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários;
<b>INANPS</b>	– Instituto Nacional Previdência Social;
<b>INPS</b>	– Instituto Nacional da Previdência Social;
<b>LBHM</b>	– Liga Brasileira de Higiene Mental;
<b>MS</b>	– Ministério da Saúde;
<b>NASF</b>	– Núcleo de apoio a Saúde da Família;
<b>OMS</b>	– Organização Mundial de Saúde;
<b>PL</b>	– Projeto de Lei;
<b>PSF</b>	– Programa Saúde da Família;
<b>SF</b>	- Saúde da Família;
<b>SNDM</b>	– Serviço Nacional de Doença Mental;
<b>SRT</b>	– Serviços Residenciais Terapêuticos;
<b>SUS</b>	– Sistema Único de Saúde;
<b>UBS</b>	– Unidades Básicas de Saúde;
<b>UR</b>	– Unidades de Referência;
<b>ULS</b>	– Unidades Locais de Saúde;

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....</b>	<b>13</b>
2.1	RESGATE HISTÓRICO-POLÍTICO DA PSIQUIATRIA/SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	13
2.2	SAÚDE MENTAL NO BRASIL A PARTIR DO ANO 2000 .....	25
<b>3</b>	<b>OS PROGRAMAS DE SAÚDE BRASILEIRO.....</b>	<b>29</b>
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	30
3.2	PROGRAMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	32
3.3	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	35
3.3.1	Organização das ações de saúde mental na atenção básica.....	39
3.4	NASF – NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA .....	42
<b>4</b>	<b>O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....</b>	<b>46</b>
4.1	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	46
4.1.1	Um pouco da trajetória do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil .....	56
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>66</b>
	ANEXO 01: lei 10.216 de 06/04/2001 .....	67
	ANEXO 02: Portaria gm nº 154, de 24 de janeiro de 2008 .....	69
	ANEXO 03: Código de ética do assistente social .....	83

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema central o entendimento de que forma está organizada a atenção à saúde mental no atendimento primário, ou seja, na atenção básica isto é, unidades locais de saúde.

A escolha deste tema se deu em virtude da trajetória profissional, enquanto servidora de uma unidade básica de saúde, no município de Florianópolis, desde o ano de 2007. Nesta, despertou o meu interesse pela saúde mental, o que me impulsionou a realizar leituras para escrever este trabalho.

A atenção a saúde, concretiza-se como um direito social nos anos de 1988 com a Constituição Federal, assegurando a toda a população um atendimento universal, integral [...], sendo a responsabilidade do Estado, ou seja, “direito de todos e dever do Estado”.

No que diz respeito à doença mental, esta existe no país há muito tempo, mas sempre foi tratada como loucura, são recentes as legislações que asseguram direitos aos portadores de transtornos mentais no país.

Para a construção deste trabalho foi utilizado, pesquisa bibliográfica e minha experiência no contexto da saúde. Também foi realizado informalmente, contatos e conversas com profissionais que atuam na área da saúde, procurando algumas explicações de como está organizada a saúde mental na atenção básica.

Com a finalidade de alcançar o objetivo geral da pesquisa, é identificar a organização das equipes da atenção básica em saúde no atendimento à pacientes com transtornos mentais, delimitamos como objetivos específicos: realizar um resgate histórico político da saúde mental no Brasil, para entendermos sua trajetória; caracterizar o SUS como política pública de saúde e seus programas desdobrados; destacar os principais meios da política de saúde mental ser concretizada através das diversas áreas de atuação e pensar a inserção do Serviço Social na política da saúde, focando principalmente a saúde mental.

Este estudo está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda o resgate histórico político da saúde mental no Brasil, desde os anos de 1950 até a nova proposta de atuação, com as legislações vigentes na atualidade.

No segundo capítulo, abordaremos os programas de saúde, a proposta do SUS como política pública, os programas que dão sustentação para esta política, como a criação das equipes de saúde da família, a organização da saúde mental dentro deste sistema, a nova

proposta de atuação com o núcleo de apoio da saúde da família (NASF), que está sendo integrado na Atenção em Saúde Básica, contando com uma equipe multiprofissional.

E no terceiro capítulo, a inserção do Assistente Social na atenção básica, mais especificamente na saúde mental, realizada na atenção básica.

Para finalizar, faremos algumas considerações em relação ao que foi pesquisado, aos resultados encontrados e algumas reflexões acerca da atuação do Serviço Social na saúde, enfatizando a saúde mental na atenção básica. É importante registrar que houve dificuldade neste processo, pois, a falta de material para pesquisa, principalmente no que se refere a atuação do Serviço Social na saúde mental por ser considerada recente.

## 2 HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Neste capítulo será abordado um resgate histórico/político da saúde mental no Brasil, a pesquisa data de meados do século passado (1950). Será feito um estudo através de bibliografias publicadas e análise documental da trajetória da saúde mental no Brasil. Em um segundo momento será abordado/apontado quais as perspectivas de ação nos anos de 2000, como uma nova conjuntura política e administrativa.

### 2.1 RESGATE HISTÓRICO-POLÍTICO DA PSIQUIATRIA/SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A psiquiatria no Brasil passa por muitas configurações, ou seja, mudanças ao longo de sua história, avanços são notados, nas diferentes formas políticas de governar o país, que influenciaram nas ações da psiquiatria. No decorrer deste capítulo traremos as mudanças que ocorreram na psiquiatria brasileira, nas suas diferentes conjunturas políticas.

Este resgate é baseado na obra de Santos (1994), no capítulo que trata dos momentos e tendências vividos pela história da psiquiatria Brasileira, e como se manifesta o poder psiquiátrico neste processo.

Neste capítulo será exposto através de pesquisa bibliográfica para poder expor as diferentes caracterizações da saúde mental ao longo dos anos, que marcou a história do país. Historicamente a saúde mental recebe variada nomenclatura, estas serão apresentadas, para enfatizar a compreensão ou o tratamento dado a este na respectiva época.

Até 1952, inaugurou no Rio de Janeiro o primeiro hospital psiquiátrico, com o nome Dom Pedro II, considerado o marco institucional da psiquiatria brasileira. A instituição possuía uma infra-estrutura precária, muito próxima há uma prisão, sendo esta administrada por religiosas da caridade. Segundo Santos (1994, p. 29), “havia uma psiquiatria leiga onde os ‘hospícios psiquiátricos’ existiam não enquanto local de cura, mas de isolamento de loucos do convívio social.”

Vale destacar que nesta época, os que pertenciam à classe privilegiada, eram considerados “loucos”, contudo, eram vigiados ou cuidados pela família. Já os desfavorecidos socialmente eram entregues aos asilos de loucos ou hospícios.

No decorrer deste trabalho, foram sendo criados outros hospícios, seguindo o mesmo modelo supracitado, onde acabou dando a loucura um tipo de atendimento mais específico e criando uma nova categoria social, a do “alienado”. Neste momento histórico, surge interesse, ou torna-se mais claro os interesses comuns entre médicos e Estado, os primeiros queriam transformar os hospícios em estabelecimentos médicos, assegurando-lhes um local para estudo, já o Estado mais uma vez aparece, visando à garantia da ordem pública.

Em 1881, foi criada a primeira disciplina de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ministrada por Nuno de Andrade, o que não demorou muito para a psiquiatria firmar-se como único conhecimento válido sobre a saúde mental. Em 1883, foi realizado o primeiro concurso para professor da Clínica Psiquiátrica, sendo admitido Teixeira Brandão.

Com a Abolição da Escravatura, em 1888, a abertura para a imigração consolidou um modelo agroexportador, formando concomitantemente grandes núcleos urbanos e novos focos de “alienados”.

Após a Proclamação da República, em 1889, que teve como uma das consequências a separação entre igreja e Estado. A classe médica tornou-se porta voz legítimo do Estado e a área da psiquiatria passou a assumir a direção das instituições psiquiátricas. Neste momento novo da organização política do Brasil, onde a psiquiatria começa a adquirir visibilidade aumenta o número de médicos, voltando sua especialização para neuropsiquiatria, com base na escola Francesa (o louco era visto como “anti-social” não poderia ter acesso livre por serem tratados por especialista, como doente).

Em 1903, o Brasil passa pelo período higienistas, o Estado e Psiquiatria mais uma vez uniram, agora, em nome do saneamento. O primeiro, representado por Oswaldo Cruz, propunha o combate às doenças infecto-contagiosa, através da vacinação obrigatória em todo o território nacional, já o Estado representado por Juliano Moreira, ficou encarregado de agir sobre o fato da desordem, de forma que “os sem trabalho”, maltrapilhos, que se aglomeravam nos focos de infecção (cortiços, favelas) eram recolhidos, ajustados e devolvidos à sociedade.

Nesta conjuntura, a categoria trabalho já havia sofrido uma reconceituação baseada na ideologia burguesa européia em que o lema era o de que “o trabalho enobrece o homem.” Com isso, o mesmo deixa de ser considerável deplorável, coisa de escravo. Essa nova lógica, associada à necessidade de reintegração dos anti sociais ao mercado de trabalho, e a necessidade de contenção de gastos do Estado com o hospício, influenciaram diretamente na utilização do trabalho como forma de tratamento no interior das referidas instituições. Logo, passaram a ser construídos os hospícios colônias em locais afastados dos centros urbanos,

onde buscava a auto sustentação dos “doentes”, através, principalmente, dos trabalhos rurais. Enquanto ação terapêutica que objetivava a reinserção social, esse tipo de trabalho caía em uma contrariedade, já que, ao retornarem às comunidades de origem, os “doentes” encontravam uma realidade muito mais urbano do que rural.

Mesmo com esta realidade o número nesta lógica instaurada, não reprimia o aumento do número de “doentes” e as queixas médicas quanto à superlotação e falta de verbas.

Até 1919, a prática psiquiátrica brasileira era baseada na concepção organicista ou biológica. A partir daí foi introduzida, também, a abordagem psicanalista, tendo como marco o discurso de Franco da Rocha na abertura do curso de Clínica Psiquiátrica na faculdade de Medicina de São Paulo. O discurso intitulado *Do Delírio em Geral* “resgata os estudos psicológicos dos sonhos de Stekel em que reúne o poeta, o neurótico e o criminoso por alguns traços fundamentais, instintivos, que lhes são comuns.” (SANTOS, 1994, p. 36). Outro nome destacado nesse processo foi o de Durval Marcondes, formando na referida Faculdade, no ano de 1924, tornou-se, poucos anos depois, o primeiro psicanalista autodidata da São Paulo. De acordo com Santos (1994, p. 38), “embora houvesse resistência por parte de alguns neuropsiquiatras, a psicanálise encontrou um campo bastante fértil na psiquiatria.”

Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), quando, segundo registros, ocorreu o primeiro projeto de gestão social de loucura no Brasil. Em um primeiro momento, esse espaço institucional defendeu uma melhoria na saúde mental através da higiene mental. Num segundo momento, foi desenvolvida uma concepção eugênica de tratamento, inspirada na psiquiatria organicista alemã, na qual se buscava um aprimoramento de raça brasileira. Ou seja, o mentalmente não seria o indivíduo branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e antiliberal. Percebendo que esta concepção de loucura cabia aos pobres, desempregados, que necessitavam de atendimento público. Segundo Santos (1994, p. 39), o discurso psiquiátrico, sustentado na eugenia “[...] esconde a contradição entre capital e trabalho, descarta as classes sociais e joga tais contradições para o campo da biologia, conferindo à inferioridade da raça os motivos de exclusão daqueles que se constitui como obstáculo ao desenvolvimento do país.”

Ainda, seguindo os escritos do autor, as propostas dessas medidas, as únicas que chegaram a receber algum tipo de apoio foram às ligadas às campanhas Anti Alcoólicas, de forma que a LBHM recebia da polícia, listas com nomes e endereços suspeitos ébrios para que os focos fossem trabalhados (dentro dos moldes da época, conforme visto anteriormente).

No ano de 1930, iniciou-se o Governo Provisório de Getúlio Vargas. Uma de suas primeiras ações foi à criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que passou a



controlar a Assistência à Psicopata do Distrito Federal. Foi considerada uma das principais ações, nesta época no que diz respeito à doença mental, que registra:

Decreto o 24.559, de 03/07/1934, que dispõem sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como fiscalização dos serviços psiquiátricos. Tal decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, do qual fazem parte, entre outros, Juiz de Órfãos, Juiz de Menores, Chefe de Polícia, representantes da Ordem dos Advogados, representantes de instituições privadas de Assistência Social (SANTOS, 1994, p. 40).

A finalidade deste decreto era que a equipe técnica que compunha esta comissão auxiliasse o Estado quanto às medidas a serem tomadas de acordo com a realidade da sociedade, quais as medidas a serem tomadas para o benefício dos “psicopatas”.

Mesmo com o novo decreto instaurado, com o novo modelo de “proteção” aos doentes mentais, alguns conceitos ainda permaneciam vivos no ideológico da sociedade em geral. Mas, mesmo assim é um avanço considerado para a área, pois permite a assistência à família e proíbe a internação em hospitais gerais. Este decreto pode ser considerado a mais ampla lei sobre a “doença mental” já criada no Brasil.

Para conseguirmos entender melhor este cenário, que está sendo criado, vale retomar os anos de 1930, pois, é um momento importante para os avanços da Psiquiatria Brasileira. Em 1936, ocorre a separação do Curso de Clínica Psiquiátrica de Neurologia e, em 1938, foi criado o Instituto de Psiquiatria junto a Universidade do Brasil (que substitui o Instituto de Psicopatologia). Após essas alterações, a formação psiquiátrica, que acontecia basicamente nos hospícios, passou para as cadeiras universitárias. Os hospícios tornam-se locais de cobaias humanas onde ocorriam experimentos como a malariotepia, psicocirurgia, insulinoaterapia, eletroconvulsoterapia, entre outros. Neste mesmo ano (1938), começam a funcionar os primeiros ambulatórios psiquiátricos mantidos pelo Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado.

O Serviço Nacional de Doença Mental (SNDM) foi criado em 1941, passando a gerir toda a política dessa área, porém, o mesmo foi aprovado e regulamentado somente em 1944. O primeiro diretor desse Serviço foi Aduino Botelho, defensor do modelo de gestão asilar, implantando vários hospícios-colônias (em Santa Catarina, foi criado o Hospício Colônia Sant’Ana), alguns ambulatórios de Higiene Mental e organizado, em alguns Estados os Serviços de Assistência a Psicopatas.

Com a efetivação dos acordos com os Estados para a construção de hospitais e ampliação da assistência psiquiátrica, previstas no decreto 8.550, de 03/01/1946, houve um surto de edificações destinadas à psiquiatria em todo o país.

Na década de 1950, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou às nações membros, principalmente aos países em desenvolvimento que,

[...] investissem em ações de saúde mental, argumentando com o alto custo de doença mental para o processo produtivo; [...] os investimentos em ações na saúde mental seriam uma proposta rentável economicamente, além de ajudar a evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização (SANTOS, 1994, p. 44).

É importante colocar que, logo após a Segunda Guerra Mundial, após 1945, a OMS passou a definir como bem estar físico, mental e social, ao mesmo tempo em que substituiu o termo doença mental por saúde mental.

Nesta conjuntura, setores da psiquiatria passaram a adotar o discurso de medicina preventiva, passando a atuar, tanto fora quanto dentro dos hospícios, e puderam passar a contar também com os psicofármacos – um novo instrumento aliado, conhecido também com ‘camisa de força química’. Para Santos (1994), são nestes momentos que se tornam visíveis as contradições entre o discurso oficial (preventivo) e a prática (trancamentismo).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (Decreto 1.920), e conseqüentemente, o SNDM passou a fazer parte do mesmo. Neste ano os beneficiários da Previdência Social passaram a ter acesso à assistência em hospitais psiquiátricos. O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais (IAPC) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) puderam ter internações, não só em hospitais psiquiátricos públicos, mas também em hospitais particulares.

Foi somente nos anos 1950 que o Serviço Nacional de Doenças Mentais apresenta algumas mudanças, na política de atendimento, com a Direção de Lopes Rodrigues quando é enfatizado “a racionalização de atendimento psiquiátrico pela criação de uma rede ambulatorial e pela implementação de várias medidas, tais como a criação de hospital-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centros de recuperação” (SANTOS, 1994, p. 44).

Neste contexto iniciou-se a utilização de drogas antipsicóticas, responsável por parte nas mudanças no ambiente hospitalar, “diminuindo a utilização de correntes de aço” (SANTOS, 1994, p.44). Com este novo modelo de atenção aos doentes mentais alguns termos não cabiam mais como “asilos”, “hospícios”, “alienistas”, pois a OMS desde o fim da

Segunda Guerra Mundial define saúde como um bem estar físico, mental e social, e ainda, substitui o termo “doença mental” por “saúde mental”, e esta especialização passou a ser essencialmente à categoria médica.

De acordo com Cerqueira (1989), foi a partir desse novo modo de pensar que a psiquiatria passa fazer parte da concepção primária, secundária e terciária que resulta na “prática da assistência psiquiátrica em termos da saúde pública”, onde se previa mais leitos, equipes multiprofissionais e uma concepção não só biológica, mas psicológica e social desses doentes mentais.

Este mesmo autor ainda discute que nos anos de 1960 ocorre em nível mundial o modelo Clássico de Assistência Psiquiátrica. Na França, Foucault<sup>1</sup> faz uma análise crítica do modelo médico ocidental. O modelo manicomial e asilar eram danosos para os pacientes. Surge então o movimento da antipsiquiatria, e o da psiquiatria democrática, liderada por Franco Basaglia, na Itália. Assim em 1960 foi consagrado como o “Ano Internacional da Saúde Mental.” Com esse cenário criam-se as comunidades terapêuticas, com críticas ao modelo hospício psiquiátrico, surge o projeto reformista “baseando-se nos elementos teóricos conceituais da medicina preventiva, ligadas aos conceitos e técnicas da psicanálise e do behaviorismo” (SANTOS, 1994, p. 45). Assim a psiquiatria entra no campo social mais uma vez, com a medicina terapêutica e preventiva.

Os movimentos sociais que mais influenciaram a psiquiatria brasileira foram os voltados para a psiquiatria preventiva e comunitária. O autor cita o lançamento do Programa Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos que auxiliou na incorporação desses discursos no Brasil. Estas propostas chegaram ao Brasil praticamente junto, sendo assumidas por alguns psiquiatras e também por outros médicos, que não concordavam com esta proposta de atendimento na psiquiatria. Mas, foi aceita como uma política oficial, e esta proposta foi absorvida pelo SNDM, em 1961 com a direção do psiquiatra Edmundo Maia.

Porém, Santos (1994, p. 55), discute que a prática do discurso oficial tomou um sentido oposto, resultando na “construção de mais hospitais psiquiátricos e na sua manutenção orçamentária pela Previdência Social.” Esta, “embora o discurso preventivista tenha sido adotada [...], o número de ambulatório, em todo país, não passava dos 17 em 1961, enquanto o número de hospitais psiquiátricos chegava aos 135.”

---

<sup>1</sup> Michel Foucault filósofo francês nascido em 15 de outubro de 1926. Suas obras situam-se dentro de uma filosofia do conhecimento que trataram principalmente do tema do saber, o poder e o sujeito, rompendo com as concepções conservadoras destes temas.

Em 1964, ocorre a tomada do poder do Estado pelos Militares (regime que se estende até 1985), sendo que os interesses da sociedade e a representatividade dos partidos políticos foram totalmente negados, o lema desta época era “segurança e desenvolvimento”. Para os que estavam no poder da época tinham alguns objetivos que era a reconcentração da renda, a expansão do sistema de crédito, a abertura externa da economia. Na organização interna foram desmontadas as organizações sindicais, a estabilidade no emprego, redução de salários, criação de uma legislatura de exceção, fazendo-se valer em recursos arbitrários, tais como matar, encarcerar e trancafiar em hospitais psiquiátricos, visando reprimir as resistências ao Golpe Militar. Santos discorre que não foi ao acaso que neste período;

[...] o número de internações nos hospitais psiquiátricos, apenas por ‘neurose’, passasse de 5.186 em 1965, para 18.932 em 1970 – desses, em hospitais públicos e 15.766 em particulares (...); já em 1975 estes números passaram para 70.383 e, em 1977, (...), o número de internação por ‘neurose’ em hospitais psiquiátricos subvencionados pelo INSS chegou aos 200.000 (SANTOS, 1994, p. 58).

Esse período foi considerado caótico e como descreve Cerqueira (1984), e resgatando estudos de Dias (1997), um dado importante é que em 20 anos (1950 a 1970), a população em geral aumentou em 28%, enquanto que a população dos hospitais psiquiátricos, apesar de advento dos psicotrópicos, aumentou em 231%.

Em 1966, o SNDM, mesmo mantendo o discurso da prevenção, intervém em apenas 39 dos 64 ambulatorios existentes no país. Com base nos Arquivos de Higiene da época, dados retirados da obra de Santos [1994], cerca de 14.884 casos eram neuróticos, 8.632 eram epiléticos, 7.490 eram psicóticos não determinados, 4.020 eram oligofrênicos, 2.738 eram alcoólatras, 1.422 eram psicóticos.

Com a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – no mesmo ano com o decreto 72, (mas implantado somente em 1967), os vários institutos de aposentadorias existentes foram condensados, estendendo-se a previdência a novos segmentos populacionais.

O Estado ampliou os subsídios para o desenvolvimento da ação tutelar psiquiátrica privada que ampliou o convênio com o INPS, fazendo com que os serviços públicos tornassem, paulatinamente, menos significativos [...]. Sendo o INPS ligado ao Ministério da Saúde passaram a ter um caráter exclusivamente normatizador do sistema psiquiátrico (SANTOS, 1994, p. 60)

Em 1968, foi criada pelo INPS, uma comissão permanente para assuntos de psiquiatria, essa por sua vez consegue detectar problemas com relação à psiquiatria, e aponta a necessidade de se desenvolver ações voltadas à prevenção. “Propunham como solução, os princípios básicos de integração, regionalização, descentralização e aprimoramento de pessoal.” (SANTOS, 1994, p. 63).

A década de 1960 foi marcada pela política dos militares, e uma marca lembrada até os dias atuais é a privatização da saúde em geral e da saúde mental em particular. E também a clientela “formada basicamente por um segmento populacional alijado do processo produtivo e que, por isso, não era contribuinte da previdência”. Esses eram submetidos...

[...] ao atendimento nos asilos, carentes de recursos e submetidos a uma progressiva desativação. Nas clínicas privadas, tal clientela, ainda assim quase exclusivamente provida das camadas populares, era constituída de trabalhadores rurais ‘desadaptados’ à vida das cidades, empregados, desempregados e subempregados das faixas menos qualificadas do setor terciário, trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial dito ‘tradicional’. Aos trabalhadores de setores ‘modernos’ da indústria abria-se em parte a possibilidade de encaminhamento às clínicas aparentemente melhor aparelhadas, eis que renumeradas por via de convênios melhor pagos que os da previdência (DELGADO apud SANTOS, 1994, p. 64).

O autor menciona que os que tinham poder aquisitivo procuravam as clínicas de repouso, com um atendimento sofisticado, não em termos técnicos, mas, em conforto e luxuosidade, contrastando com a realidade da maioria da população na época, que mal tinham atendimento, muito menos com qualidade. Em relatório, uma comissão de assuntos psiquiátricos criada em 1968, destaca o desconforto, a precariedade de trabalho, e ausência de multiprofissionais nos ambulatórios, tão exigidos pelo discurso preventivista.

Até o final dos anos de 1960 com relação à população internada por problemas psiquiátricos 0,1% (aproximadamente 75 mil pacientes) estavam trancafiados, em nome da ordem pública, da segurança e do desenvolvimento. Isso tudo legitimado por um discurso médico. E, muitos pacientes internados tornavam-se crônicos, outros morreram na própria instituição e poucos alcançavam a “cura” almejada pela psiquiatria e pelo Estado.

Já no início da década seguinte, em 1971, foi constituído um grupo de trabalho, designado pela Secretaria da Assistência Médica do INPS, para estudar uma possível reformulação da psiquiatria.

Mostram eles que entre 1965 e 1968 o custo de vida aumentou 125%, a arrecadação do INPS aumentou 237%, suas despesas médicas aumentaram 372% e as despesas hospitalares psiquiátricas 737%, já as reinternações aumentaram uma proporção de 254%. Concluiu, então, que se fazia necessária a correção das distorções da assistência psiquiátrica brasileira, detendo o INPS o privilégio do poder desencadeá-la por ser o maior comprador de serviços. Tal estudo resultou, em 1973, na aprovação do Manual de Serviços. Tal coloca-se o discurso do princípio preventivista e da assistência comunitária, priorizando o desenvolvimento de recursos técnicos extra-hospitalares, os objetivos da prevenção primária, secundária e terciária, bem como a formação de equipes multiprofissionais” (MEDEIROS apud SANTOS, 1994, p. 63).

O início dos anos 1970 foi marcado pelo lema “Todos juntos vamos, para frente Brasil”. Santos (1994) descreve acerca do lema, que apesar desse desenvolvimento dependente, principalmente dos EUA, que trazia novas indústrias, mais endividamento externo e aumento da pobreza, parecia que todos continuavam de braços às mazelas desse sistema. Com o objetivo de manter essa vigência, os governantes pronunciavam a ideologia de que o único perigo para o desenvolvimento estava nos comunistas e para estes se fazia a Lei de Segurança Nacional. Começa a existir o que José Maria de Aguiar Barros (1981) chamou de “utilização político ideológico da delinquência” juntamente com uma “campanha de dramatização da criminalidade”.

A violência e a criminalidade geradas no interior da sociedade de classes, ao invés de conspirarem contra ela, são utilizadas pelos aparelhos repressivos e *consensuais (ideológicos)* para consolidar as estruturas dessa mesma sociedade. O sistema capitalista estimula a agressividade, impulsiona a violência aberta no terreno social e político. E, logo se aproveita dessa violência para legitimar um momento das capacidades repressivas que tem suas mãos e para fomentar reações conservadoras e repressivas no cidadão a fim de criar as bases psicológicas para sustentar a pirâmide do poder (BARROS apud SANTOS, 1994, p. 65).

Em decorrência, se assiste nos anos 1970 um aumento significativo da população nos presídios, e ao mesmo tempo, é pensada uma política lenta de diminuição no número de internações psiquiátricas, contudo, nesta mesma década as internações voltam a se elevar.

Com este “monitoramento” ocorre um maior controle sobre o tempo médio de permanência e a proibição de internações, como foi o caso de São Paulo no Juqueri; em Minas Gerais, criaram-se centrais de internações; em Santa Catarina e o Rio Grande do Sul,

iniciaram-se as ações de interiorização do cuidado psiquiátrico para reduzir a circulação no interior dos Hospitais Colônias.

Ainda no início dos anos 1970, o órgão estatal responsável pela coordenação da Política de Saúde Mental deixou de ser o SNDM, e foi criada a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), aprovada pela portaria 282 GB, com a finalidade de “planejar, coordenar e fiscalizar a assistência e reabilitação dos psicopatas, assim como, os serviços de higiene mental [...] estabelecer normas e padrões para os serviços que são objetos de sua competência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud SANTOS, 1994, p. 66). A estrutura desta era composta por Unidade de Planejamento, Serviço de Normas e Assistência Técnica, Coordenação de Atividades Supletivas.

A exigência de equipes multiprofissional fez com que outros saberes da ciência passassem a ter voz e voto neste meio (...) havendo, assim, o que se pode chamar de uma democratização da psiquiatria, (...) ficando (...) estabelecida à necessidade de uma equipe básica formada por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (SANTOS, 1994 p. 67)

Ainda, o autor faz lembrar que, esta equipe multiprofissional tinha na sua formação profissional um olhar elitista e voltado aos interesses hegemônicos, haja vista, que as ações continuavam direcionadas ao “ajuste” do indivíduo, em especial, o menos favorecido, diferenciando o atendimento aos de classes sociais dominantes.

Os Ministros de Saúde da América Latina reuniram-se em Santiago do Chile para discutir os rumos da Assistência Médica Psiquiátrica, estes, constataram que os problemas de saúde mental tendiam a aumentar devido ao aumento da expectativa de vida, ao controle cada vez maior das doenças transmissíveis, à urbanização crescente e ao processo de desenvolvimento econômico acelerado.

Neste encontro foi firmado o “Acordo para a Execução de um Programa de Saúde Mental”, e orientação quanto à melhoria na qualidade da prevenção primária, a primeira. “prezava” a diversidade da oferta de serviços, “bem como a sua regionalização”, condenando o macro-hospital e propondo ‘alternativas’ à hospitalização integral (REZENDE apud SANTOS, 1994, p. 69).

O Ministério da Saúde em 1974, através da portaria MS-BSB 32, passou a considerar a saúde mental como um subsistema do quadro geral do sistema de saúde. A partir desta portaria a DINSAM passou a criar subsistemas para a saúde mental e com metas a serem

atingidas entre 1974 e 1979. De acordo com CERQUEIRA (apud SANTOS, 1994, p. 69) as metas previam,

[...] a existência de 183 unidades de saúde mental; preparando 9.883 agentes de saúde mental para as comunidades com menos de 50.000 habitantes, transferência de 30% dos gastos hospitalares para as atividades extra-hospitalares, custeio de 8.900 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, seis milhões de consultas anualmente, dentre outros.

Mesmo com esta nova proposta de atendimento dos pacientes com problemas mentais, continuavam-se alimentando os hospitais psiquiátricos particulares conveniados com o INAMPS.

O Ministério da Saúde e Previdência Social baixaram uma Portaria Interministerial 1.369, (1979), com o objetivo de redefinir bases para uma política de saúde mental e promover a implantação do Sistema Nacional de Saúde, já instituído em 1975 pela lei 6.229. Mesmo com essas novas portarias, leis, discussões o quadro institucional não se alterava.

Os anos da década de 1980 foram marcados por grandes avanços no cenário das políticas públicas. Na saúde mental, o marco foi o VI Congresso de Psiquiatria, em Salvador, no ano de 1980, onde o então Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Marcos Pacheco de Toledo, propôs uma reflexão sobre a ciência que produziam frente às dificuldades existentes na área.

As Diretrizes para a Saúde Mental, no ano de 1980, estavam voltadas a substituição do modelo assistencial custodial por um mais abrangente, mas sem efeitos significativos.

Em dezembro de 1982, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) divulgou o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária. Este apresentava como proposta, os princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, enfatizando a rede primária de atendimento e o disciplinamento dos mecanismos de internação, visando evitar diagnóstico errôneo.

Com a série de 'novas' mas antigas propostas, chegaram-se a 1984 – segundo dados do INANPS – com um total de 4.065.635 pessoas consultadas. Ao tornarmos o numero de internados em 1984 e o numero de internados em 1960, que era de aproximadamente 50.000 pacientes, percebe-se que houve um acréscimo de 312.924 internações (...) que mostra o processo de psiquiatrização do social (SANTOS 1994, p. 73- 74).



Estes dados demonstram a perda de controle da criação de demanda, associados às críticas realizadas por segmentos das universidades, pelos trabalhadores de saúde mental e boa parcela dos psiquiatras em uma estabilização do número de internações em leitos privados. O que se manteve, até 1987.

No ano de 1985 (início da Nova República), a DINSAM convocou coordenadores da saúde mental de todo país, a direção do INAMPS, as lideranças dos trabalhadores em saúde mental, para a elaboração e a implementação de uma nova política, com os seguintes objetivos: prevenir, ampliar o atendimento a toda a população e investir na rede ambulatorial, nada novo das anteriores, mas, como estratégia de ação, pensava-se na aplicação das finanças e recursos públicos nas instituições públicas.

Neste momento histórico, o país passava por momentos de crise em que as condições de vida de muitos dos brasileiros vinham se decaindo, e conseqüentemente, agravava-se a realidade da saúde em geral. A partir desta data, começou a aumentar o número de consultas em estabelecimentos públicos e conveniados, ocorrendo uma conseqüente diminuição no setor privado.

Em 1986, foi realizado a VIII Conferência Nacional de Saúde, este evento foi um marco para a saúde, pois, importantes deliberações e recomendações para a Constituinte foram realizadas, que seria realizada em 1987. “Na proposta de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, pede-se a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), separando totalmente saúde e previdência, bem como uma ampla reforma sanitária” (SANTOS, 1994, p. 76). Destaque para esta luta foram os movimentos sociais, que carregaram uma bandeira com coragem e luta.

O SUS foi criado em 1988 e regulamentado em 1990. É integrado por todos os hospitais públicos, universitários e privados credenciados pelo governo. Os serviços prestados são pagos mensalmente aos Estados e Municípios pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que recebe verbas de Tesouro Nacional, da Previdência e de impostos, como a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Cofins). Até abril de 2001, existiam 6.500 hospitais conveniados com o SUS, sendo 4.061 (62%) privados, e 157 universitários. A rede ambulatorial é composta por 58.224 postos de saúde, pronto-socorros, clínicas psiquiatras e odontológicas.

GOMES (2001) faz referência ao marco histórico de 1987 referente à psiquiatria no Brasil, representada pela I Conferência Nacional da Saúde Mental, esta foi praticamente um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Conseqüentemente, passou-se a ter

uma nova visão sobre a saúde mental, priorizando a necessidade de recuperar a cidadania do portador de transtornos mentais, até então amparados pela lei nº 24.599, de 03 de Julho de 1934.

Em julho de 1987 um grupo de profissionais da área da saúde mental investiu na realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, radicalizando suas posições, através do lema: “Por uma sociedade sem Manicômios”.

Surgem como resposta a essas inquietações propostas como, o projeto de lei (PL) nº 3657/1989, do Deputado Paulo Delgado, propondo um rompimento com o modelo de atendimento fechado, ou seja, segregado. Como marco no final de 2001, após a promulgação da lei acima descrita, foi realizado a III Conferencia Nacional de Saúde Mental, esta caracteriza-se como um importante instrumento de Controle Social, pois, tem a participação de usuários familiares, movimentos sociais, trabalhadores da área da saúde.

Em 2002, segundo dado do Almanaque 2002, do Ministério da Saúde, no ano de 2000 os distúrbios psiquiátricos correspondiam a 11% das 6.777.892 internações via SUS. Dos 100 mil leitos para doentes mentais, 80 mil encontravam-se nos manicômios e 20 mil no sistema aberto de atendimento.

Ainda no ano de 2000 foi realizada uma pesquisa em 14 países, a OMS – Organização Mundial de Saúde – constatou que a cada quatro pessoas que procuram ajuda médica, um ao menos tem distúrbio de ordem mental, os mais comuns são os transtornos mentais decorrentes do álcool, drogas, esquizofrenia, retardo mental, depressão e os transtornos causados pelo estresse.

Em 2001, o Presidente da Republica Fernando Henrique Cardoso sancionou a lei (10.216 ANEXO 01) que prevê a extinção dos manicômios, seu item mais polêmico foi o que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos no país.

## 2.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL A PARTIR DO ANO 2000

Com a promulgação da lei 10.216/2001, que impõe um novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação desta lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Uma prova desta nova estrutura são os financiamentos que o governo federal passa a dispor para os estados e municípios. Incentivando a criação de alguns novos programas como o “De volta para casa”, onde, o governo incentiva os setores responsáveis para a não internação, mas o tratamento domiciliar, que os atendimentos a estes pacientes sejam nas Unidades de Atenção Básica, no caso os CAPS ou ULS.

Em 2004 acontece o I Congresso Brasileiro de Centro de Atenção Psicossocial em SP, reunindo 02 (dois) mil trabalhadores e usuários. O usuário passa a ser ouvido, deixando <sup>de</sup> ser tratado como um louco, sendo este o protagonista do evento.

Este evento marca o fim do tratamento hospitalocêntrico e início do tratamento comunitário, com a criação de redes comunitárias territorializadas de apoio psicossocial. Neste momento que a reforma psiquiátrica se consolida como política pública oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (MS, 2005).

O número de atendimentos hospitalares na ala da psiquiatria sempre foram números significantes, mas o cenário tende a mudar com as novas legislações em vigência. Na tabela a seguir podemos observar os números reais que o país gastava com os atendimentos psiquiátricos em hospitais, esse número esta diminuindo a cada ano, e aumentam os recursos para atendimentos fora hospitalar.

**Tabela 1: Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra- Hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004**

<b>Composição dos gastos</b>	<b>1997</b>	<b>2001</b>	<b>2004</b>
% gastos hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% gastos Extra-hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2005).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a se tornar política pública no Brasil a partir dos anos 1990, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do

Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais.

O gráfico abaixo ilustra o processo de redução de leitos da segunda metade da década de 90 até agora:

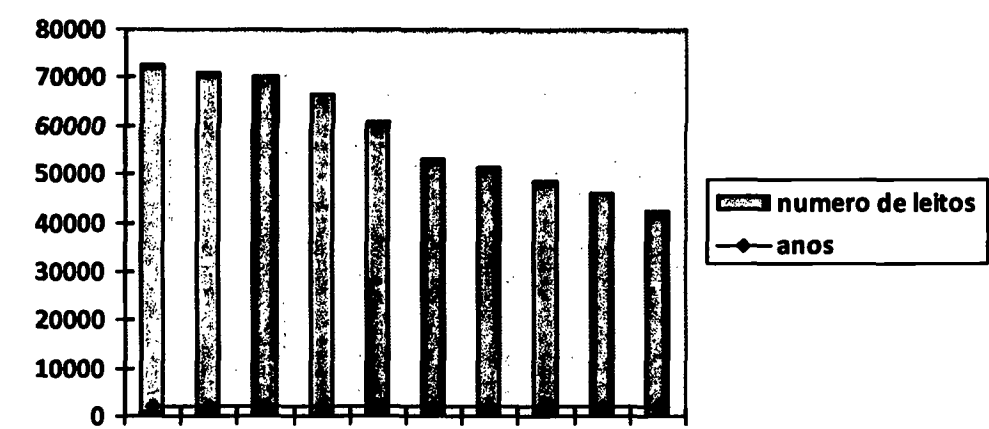


Gráfico 1: Leitos Psiquiátricos SUS por ano (1996-2005)<sup>2</sup>

Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Leitos HP	72514	71041	70323	66393	60868	52962	51393	48303	45814	42076

Uma pesquisa pelo MS revelada em 2005 mostra um gráfico das unidades de atendimentos psiquiátricos no país. A tabela 02 traz estes dados, subdivida em estado da federação. Observando a tabela, podemos concluir que o estado de Santa Catarina é o que possui os menores números, se comparado com os outros estados do Sul do país e até mesmo de outras regiões.

<sup>2</sup> Fontes: Até o ano 2000, SIH/SUS. Em 2001, SIH/SUS, corrigido. Em 2002-2003, SIH/SUS. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2004-2005, PRH/CNES

Tabela 2: Leitos das Unidades Federativas

Unidades federativas	Leitos psiquiátricos	Hospitais psiquiátricos	% de leitos psiquiátricos SUS
<b>Região Norte</b>			
Amazonas	126	1,0	0,3
Acre	53	1,0	0,13
Amapá	0,0	0,0	0,0
Pará	56	0,1	0,13
Tocantins	160	0,1	0,38
Roraima	0,0	0,0	0,0
Rondônia	0,0	0,0	0,0
<b>Subtotal região norte</b>	<b>395</b>	<b>4,0</b>	<b>0,64</b>
<b>Região nordeste</b>			
Alagoas	880	5,0	2,09
Bahia	1633	9,0	3,88
Ceará	1120	8,0	2,66
Maranhão	822	4,0	1,96
Paraíba	801	6,0	1,91
Pernambuco	3293	16	7,83
Piauí	400	2,0	0,95
Rio grande do norte	819	5,0	1,95
Sergipe	380	3,0	0,9
<b>Subtotal da região nordeste</b>	<b>10.148</b>	<b>58</b>	<b>24,13</b>
<b>Região centro oeste</b>			
Distrito Federal	74	1,0	0,18
Goiás	1303	11	3,1
Mato Grosso	117	2,0	0,28
<b>Subtotal região centro oeste</b>	<b>1.694</b>	<b>16</b>	<b>4,04</b>
<b>Região sudeste</b>			
Espírito santo	620	3,0	1,47
Minas gerais	3052	21	7,26
Rio de janeiro	8134	41	19,35
São Paulo	13634	58	32,34
<b>Subtotal da região sudeste</b>	<b>25.440</b>	<b>123</b>	<b>60,42</b>
<b>Região Sul</b>			
Paraná	2688	17	6,39
Rio grande do Sul	911	6,0	2,17
Santa Catarina	800	4,0	1,9
<b>Subtotal região sul</b>	<b>4.339</b>	<b>27</b>	<b>10,26</b>
<b>Brasil</b>	<b>42.076</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2002)

Alguns programas são criados pelo governo federal com o objetivo de realmente efetivar a política de inclusão de pessoas com transtornos mentais. Que são estes: O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma. Entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

A política do SUS por ter em seus princípios a descentralização dos atendimentos, passa para os municípios a responsabilidade de organização das ações para atender a demanda posta. Para efetivar estes princípios são criados alguns programas para dar suporte técnico para que, sejam observados todos os princípios do SUS.

Uma iniciativa do atual governo foi a criação de uma Portaria Interministerial Nº 353 de 2005, que institui o Grupo de trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, formada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, visando, dentre outras medidas, propor mecanismos de apoio financeiro para experiências de geração de renda e trabalho em Saúde Mental.

Nos itens a seguir será focado com mais ênfase a trajetória do SUS, bem como a rede de atenção à saúde geral e também da saúde mental e buscando, caracterizar os atendimentos, as propostas e o papel do Serviço Social nestes programas.

### **3 OS PROGRAMAS DE SAÚDE BRASILEIRO**

Os anos de 1980 e 1990 foram marcado por avanço o cenário político e conquista de direitos sociais de acesso a toda a população. Fase da redemocratização do país, na saúde

muitos foram os avanços obtidos. Para concretizar as legislações aprovadas alguns programas são criados para dar legitimidade.

Neste capítulo iremos descrever um pouco de cada um destes programas, que foram o acesso à saúde, sendo um direito de todos e dever do Estado dar condições para efetivá-los através de financiamentos seguros e garantidos, com equipes técnicas capazes de dar conta da demanda da sociedade brasileira, que é ampla na sua diversidade social.

### 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As conquistas adquiridas com a Constituição Federal de 1988, em relação a toda a Ordem Social, são atribuídas às propostas formuladas pelo Movimento Sanitário e de sua forma de organização, pautada na luta por políticas públicas, que consigam dar conta da demanda da sociedade.

A saúde encontra-se na CF de 1988 no Título VIII “Da Ordem Social”, no Capítulo II Da Seguridade Social, no tripé Saúde, Assistência Social e Previdência. Destaca-se assim o artigo nº 194, que diz: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da Sociedade destinado a assegurar os direitos à saúde, previdência e assistência social” (CF, 1998).

Ainda, a saúde esta descrita na Seção II, no Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1998).

A saúde é uma conquista registrada na CF, mas para maior legitimidade no ano de 1990 foi criado através da lei nº 8080 o SUS<sup>3</sup> – Sistema Único de Saúde – onde dispõe de toda a forma de organização, com o objetivo de atender a todos, de forma justa e igualitária. Em seguida, foi criada a lei nº 8142/1990 que dispõe sobre as formas de descentralização da gestão do SUS. Tais leis significam uma garantia legal para que fosse cumprido de fato o que está disposto na CF.

---

<sup>3</sup> O SUS é parte integrante da Seguridade Social foi regulamentado em 1990 pela (LOS) Lei Orgânica da Saúde.

No campo das políticas públicas, o setor saúde tem se destacado muito pelas propostas de mudanças e pelas conquistas alcançadas ao longo da história. A Reforma Sanitária<sup>4</sup> mostra que essas conquistas são fundamentais, mas não o suficiente para impactar o atual quadro sanitário. Neste sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um marco de expressão e de conquista desse movimento, no sentido de dar uma concepção ampliada para a saúde, entendida como resultado das condições de vida e de trabalho dos cidadãos, e pela criação do Sistema Único de Saúde – SUS –, baseado nos princípios de universalização, descentralização, hierarquização e equidade.

São princípios do SUS, de acordo com a Lei 8080/1990 o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Com a ênfase das políticas neoliberais em meados dos anos de 1990, o país passa à desresponsabilizar-se frente às demandas emergentes, passando a responsabilidade para a sociedade, ou seja, reduz os recursos destinado para as políticas públicas, originando dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle ou melhor de atendimento básico, e outro de referências ambulatorial e especializada, formada pela alta complexidade do atendimento. Nesta lógica, o primeiro subsistema não é rentável<sup>5</sup>, logo, não é de interesse da sociedade. Sendo assim são criados alguns programas focais, como PSF, que é formado por uma equipe de profissionais que possam atender a toda a população e encaminhar para locais especializados as demandas que não podem ser resolvidas pelas UBS.

Essa concepção do SUS, reforma a cada dia que quem utiliza este serviço são as camadas da sociedade que não conseguem ter acesso aos subsistemas privados. O SUS completou 20 (vinte) anos de existência, mas está longe do SUS contemplar de fato o que está previsto na Constituição Federal. Está longe da proposta do movimento sanitário, ser um

---

<sup>4</sup> De acordo com Bravo a Reforma Sanitária tem o SUS como uma estratégia, com objetivo de construir um Estado democrático de direito, responsável pela saúde. Ainda tem como premissa básica a defesa da saúde como um direito de todos e dever do estado (1999).

<sup>5</sup> Neste sentido rentável quer dizer que os atendimentos primários não são significativos para o mercado privado, uma vez que os procedimentos realizados são de baixo custo. Por exemplo, consultas de rotina, exames, dentre outros.



sistema público universal, pois não se efetiva na sua totalidade, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham acesso a esse direito.

A falta de responsabilidade por parte do Estado tem gerado conflitos na sociedade, onde as lutas deixam de ser coletivas e passam a ser corporais, ou seja, a individualização das situações tornou-se cada vez mais freqüente. Segundo o CFESS, “nos parâmetros para a atuação do Assistente Social na Saúde, o projeto coletivo, cuja construção iniciou nos anos de 1980, tem sido questionado e substituído pelo projeto corporativo, que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa (CFESS, 2009). É nesta, lógica que o Assistente Social está inserido no contexto da saúde.

Com essa nova configuração da política da saúde, o papel do Assistente Social, consiste também em atuar no campo da mediação trabalhando com os conflitos entre as equipes de trabalho, entre os usuários do sistema. Neste sentido o Serviço Social tem por desafio, articular com os demais profissionais da saúde e movimentos sociais em defesa do projeto da Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970.

### 3.2 PROGRAMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.

A origem do Programa Saúde da Família (PSF), que logo em seguida muda sua nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF), teve seu início, em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para a implantação a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços de reorientação das práticas profissionais no nível de assistência, promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

A Estratégia Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS

No Brasil, atualmente as equipes estão implantadas nos 5.125 municípios do país, contando com 27.324 equipes e abrangendo 87,7 milhões de pessoas da população brasileira. (Brasil, 2007). Cada equipe é responsável por uma população de 3,5 mil a 4,0 mil habitantes, ou mil famílias atuando em áreas geográficas delimitadas.

As equipes desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde das pessoas atendidas:

[...] por estabelecer vínculos de compromisso e de responsabilidade com a população, por estimular a organização da comunidade para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, por utilizar sistemas de informações para monitoramento e a tomada de decisões, por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida dos indivíduos – famílias – comunidade (BRASIL, 2007, p. 01).

A composição mínima de cada equipe é de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde.

De acordo com o MS a equipe de saúde da família busca concretizar os princípios e diretrizes do SUS, por meio de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

O próprio nome já elenca que o alvo de atendimento são as famílias como um todo “a família em seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde”. (BRASIL, 1997, p.10)

Entendendo como família,

[...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido (MIOTO, 1996).

E ainda,

A estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros das famílias interagem. Uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais (...) a estrutura familiar deve ser capaz de se adaptar quando as circunstâncias mudam (MINUCHIN, 1992, p. 57 - 58).

Os questionamentos ocorrem, haja vista, que a política de inserção da ESF é uma política de cunho neoliberal, fortalecendo atenção primária e privatizando o acesso à especialidades, ou seja, para a alta complexidade dos atendimentos. É nesta visão, o questionamento é desafio ético da inserção do Serviço Social na equipe.

Ainda, por entender e considerar que o objeto de atuação profissional do Assistente do Social são as variadas formas de expressões da questão social, a sua formação habilita este profissional a trabalhar com a realidade da classe trabalhadora no seu cotidiano, podendo oferecer muitas contribuições para as equipes de ESF. Atuando de forma a orientar os usuários, através de atividades educativas, de orientação, para que os usuários possam ter um acesso garantido na rede de atenção á saúde.

Para reforçar o descrito acima, o CFESS (2008, p.01) descreve que “tal inserção se amplia a se justifica em função das novas manifestações da ‘questão social’ que impõem crescentes demandas de ampliação dos serviços de saúde”.

A realidade que se observa, e que apresenta com algum tipo de problema social é na maioria dos casos atendidos pelas equipes de saúde da família, (encontros com médico, enfermeiro, dentistas, entre outros) que muitas vezes são identificadas demandas sociais consideradas expressivas.

Muitos são os motivos, pelas equipes de saúde estar de mais fácil acesso, geralmente tem uma localizada em cada pequeno distanciamento e está localizada em áreas vulneráveis. A maior parte dos usuários desses serviços, são pessoas que não tem acesso a uma rede privada de serviços, as ULS acabam sendo unidades de referência de muitos dos usuários.

A ESF tem como objetivo principal a descentralização das ações de saúde, ocorrendo à responsabilização das três esferas de governo – federal, estadual e municípios – a seguir será descrito a atribuição de cada esfera enquanto gestores de políticas públicas.

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;</li><li>• Co-financiar o sistema de atenção básica;</li><li>• Ordenar a formação de recursos humanos;</li><li>• Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica;</li><li>• Manter as bases de dados nacionais.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;</li><li>• Regular as relações inter-municipais;</li><li>• Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;</li><li>• Co-financiar as ações de atenção básica;</li><li>• Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;</li><li>• Contratualizar o trabalho em atenção básica;</li><li>• Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);</li><li>• Co-financiar as ações de atenção básica;</li><li>• Alimentar os sistemas de informação;</li><li>• Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.</li></ul>

Quadro 1: Atribuição de cada esfera enquanto gestores de políticas públicas  
Fonte: Ministério da Saúde.

Diante do exposto, e considerando que a proposta de atuação do Assistente Social junto com a equipe de saúde da família é recente. Talvez o principal questionamento sobre a inserção do Serviço Social na ESF é o próprio trabalho com a equipe, ou seja, trabalhar interdisciplinaridade, principalmente porque ainda alguns profissionais não têm claro as atribuições do assistente social. Para isso, primeiramente é preciso esclarecer as atribuições do Serviço Social na saúde junto às equipes, buscando a superação de pré-conceitos sobre a profissão.

É extremamente significativo que as equipes sejam estruturadas por multiprofissionais, pois, podem ser desenvolvidas ações que atendam o usuário no coletivo, não só na saúde curativa, mas considerando os princípios do SUS de integralidade, dentre outros.

3.3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O conceito ampliado de saúde mental transcende à visão de doença, de normalidade e anormalidade e visa à qualidade de vida, à acessibilidade aos serviços e à criatividade ao lidar com as vulnerabilidades.

A Política Nacional de Saúde Mental<sup>6</sup> está apoiada na lei 10.216/2002 (MS, 2002), que busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os Leitos de Atenção Integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa, programa que oferece uma bolsa para egressos de longas internações em hospitais Psiquiátricos, também faz parte desta Política.

A saúde mental é parte integrante da atenção básica, principalmente a partir dos anos 2000, sendo pensado pelo Programa Estratégia Saúde da Família (ESF). Ênfase maior para os CAPS, neste contexto.

Os CAPS são considerados dentro da atual política de saúde mental do MS, instrumentos estratégicos para a organização das redes de atenção básica em saúde mental. São estratégicos, pois são territorializados, ou seja, devem estar circunscrito no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, etc.) do público atendido.

O envolvimento da família nos atendimentos de pacientes com transtornos mentais é importante, pois fortalece o vínculo entre pacientes e famílias. Uma vez que a família é parte fundamental na sua recuperação, mesmo porque, não é só o paciente que obtém os atendimentos, mas todos de seu convívio domiciliar. Portanto, a estratégia de inserção dos CAPS serem territorializados é significativo, pois, os profissionais envolvidos nos atendimentos têm a capacidade de conhecimento da realidade dos pacientes.

De acordo com o MS, este modelo dos CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental, mas deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, que estão incluídos nesta rede: a atenção básica de saúde, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, dentre outros.

Ainda, de acordo com a lógica de organização do MS os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS, mas precisam ter uma organização que consiga dar conta da demanda, estruturando uma rede de apoio. Pois, segundo pesquisas internacionais e o MS, realizada em 2004, 3% da população sofre de distúrbios graves (severos e persistentes) e mais de 9% necessitam de atendimentos eventuais, portanto, totalizando 12% da população do país ou 20 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental. Nesta mesma pesquisa

---

<sup>6</sup> Trabalhamos com o conceito de saúde mental da Organização Mundial da Saúde: “Saúde não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um todo, um estado de completo bem estar físico, mental e social”.

mostra que 6 a 8% desta população os transtornos mentais são causados pelo uso de álcool ou droga.

Estes dados relevam um índice significativo de casos, para que os CAPS possam dar conta, mas não é no CAPS que estes usuários procuram ajuda, mas nos Centros de Saúde de Atenção Básica (CS) um número significativo de casos são atendidos na atenção básica com transtornos leves, as queixas principais são psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, e transtornos menos graves, dentre outros.

Realidade que é possível ser observada nos CS, principalmente os localizados em regiões geográficas mais vulneráveis, mais carentes onde o uso de entorpecentes está mais presentes, o histórico de usuários de psicoativos (usuário drogas e álcool) nas famílias é significativo, ocorrendo à desestruturação das famílias e trazendo outros agravos como violência doméstica, etc.

Nesta realidade descrita à inserção de profissionais do Serviço Social torna-se cada vez mais significativa, pois, este é um profissional capacitado a entender a realidade, ver o paciente com transtorno mental na sua totalidade, seja como indivíduo na comunidade, na familiar, consegue entender a relação que este usuário tem com o meio em que vive.

A população referida tem nos CS um local onde encontra apoio nas mais diversas situações que estão passando, por exemplo, em uma consulta médica que é realizado o diagnostico inicial. Pelos CS de saúde estarem próximos da comunidade, são estes que acabam por realizarem os primeiro diagnostico de pacientes com transtornos mentais.

Segundo pesquisa do MS, 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental<sup>7</sup>”, que podem ser um paciente que tem problemas com álcool, drogas, casos de violência doméstica, de abuso sexual, de trabalho infantil, etc. Estas possuem uma maior proximidade com as famílias e comunidade, uma vez que as equipes de ESF possuem recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, pode-se constatar o quanto a Saúde Mental tem com a atenção básica uma parceria, uma articulação dos atendimentos, uma vez que o público atendido é o mesmo.

De acordo com o Ministério da saúde:

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidados, de base e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculo e acolhimento.

---

<sup>7</sup> Levantamento do Departamento de Atenção Básica, apresentado em Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica Primária – OPAS/MS/Universidade de Harvard/UFRJ, abril de 2002.

Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (2008, p. 04)

Como princípios fundamentais desta articulação entre a saúde mental e atenção básica destacamos:

- Noção de território;
- Organização da atenção à saúde mental em redes;
- Intersetorialidade;
- Reabilitação psicossocial;
- Multiprofissionalidade<sup>8</sup>/interdisciplinaridade<sup>9</sup>;
- Desinstitucionalização;
- Promoção da cidadania dos usuários;
- Construção de autonomia possível de usuários e familiares.

Contudo, nem sempre as ULS (Unidades Locais de Saúde) conseguem atender a tal demanda, às vezes por falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação, dificultam as ações integrais pelas equipes, pois atender pessoas com distúrbios mentais é de fato uma tarefa complexa, necessitando da equipe estar bem organizada, o que no momento atual, parece não ser esta realidade.

Estes princípios irão nortear os trabalhos realizados pelas equipes, sejam da ESF ou dos CAPS, uma vez que a integralidade das ações é fundamental para que os atendimentos sejam realizados na sua totalidade. Por isso da importância de existir áreas determinadas pelas equipes de saúde, com conhecimento das micro-regiões, pois fortalece e auxilia nas ações de atendimento, uma vez que as equipes conseguem identificar as demandas, as ações de planejamento são melhores planejadas.

A seguir iremos descrever algumas ações, ou formas de organizações que as equipes de atenção básica pode desenvolver para fortalecer seus trabalhos.

---

<sup>8</sup> De acordo com Vasconcelos, em um determinado local (ambulatório), vários profissionais trabalham juntos, mas cada qual em sua atividade específica. (2000)

<sup>9</sup>“A interdisciplinariedade, é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mutuo, com as tendências à horizontalização das relações de poder entre os campos aplicados”. (VASCONCELOS, 2000, p.7).

### 3.3.1 Organização das ações de saúde mental na atenção básica

Para que as ações de saúde mental sejam planejadas na atenção básica, uma rede deve ser construída, esta deve ser constituída multiprofissional, para que seja garantido ao usuário e um atendimento integral. Para MIOTO (1998), o trabalho em equipe é um instrumento fundamental no atendimento integral às famílias, seja através de atendimentos integral às famílias, ou ao indivíduo singular.

Na sequência iremos apontar algumas ações de trabalho das equipes:

- Apoio Matricial<sup>10</sup>: “o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população”. (MS, 2008, p. 04)

As equipes reúnem-se para discutir caso específico com a equipe de saúde local, (no caso as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Ocorrendo uma co-responsabilização das equipes pelos casos discutidos, para definir ações conjuntas, para a família ou para a comunidade.

Este modelo reforça ao trabalho interdisciplinar, aumentando a capacidade de resolução dos casos, excluindo a lógica dos encaminhamentos. Ainda, resgata e amplia o significado de atendimento clínico fugindo da dimensão biológica e sintomática, que ocorre na análise singular dos casos. Assim, riscos<sup>11</sup> como os sociais são incorporados à avaliação.

A legislação que normatiza o Sistema Único de Saúde (SUS) define a Atenção Básica (AB) como a principal porta de entrada do sistema. Isso favorece o acesso do cidadão, que

---

<sup>10</sup>Matriciamento é a construção de momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes entre profissionais, e diferentes serviços de atenção, envolvidos no cuidado dos usuários. Tem por objetivo garantir que as equipes das UBS – Unidades Básicas de Saúde – e UR – Unidades de Reabilitação – vinculem-se aos pacientes e responsabilizem-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde (MS, 2008, p. 05).

<sup>11</sup> Exemplo de situação de risco:

- Situação de exclusão social (pacientes agressivos de hospitais psiquiátricos, em prisões domiciliares, em situação de rua, idoso em situação de abandono, crianças e adolescentes em situações de risco pessoal e social);
- Transtornos mentais severos e persistentes (graves);
- Suicídio e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens;
- Violência familiar;
- Problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas;
- Abuso e dependência de benzodiazepínicos.



passa a ser atendido o mais próximo possível de sua residência. É nela que devem ser oferecido também, os serviços em saúde mental, de forma contínua e personalizada. A rede especializada em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, os residenciais terapêuticos, a emergência psiquiátrica, entre outros, são suportes à AB.

Para organizar ações matriciais nos município que contam com o CAPS, oficinas e/ou equipes de Saúde Mental, os membros destas equipes fazem apoio matricial as diferentes equipes da ULS, com encontros semanais, ou mensais conforme demanda, esta organização as equipes que definem.

Onde não houver CAPS os municípios devem se organizar de maneira a criar equipes de saúde mental de acordo com a demanda local.

As equipes de apoio matricial são compostas no mínimo por: um médico psiquiatra ou generalista com capacitação em saúde mental, dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social ou enfermeiro) e auxiliares e técnicos de enfermagem. Esta equipe matricial deve ser para no mínimo 06 (seis) e no máximo 09 (nove) equipes de ESF ou para grupos populacionais de 15 a 30 mil habitantes. Para município com menos de 20 mil habitantes pode-se pensar em equipes matriciais menores com um médico psiquiatra ou generalista e um técnico de nível superior.

Estas equipes além de atendimento de apoio na ULS realizam ações de supervisão, atendimentos coletivos e específicos, e também capacitações.

Nesta lógica organizacional devem ser compartilhadas as seguintes ações:

- Ações conjuntas com prioridade aos casos severos e persistentes;
- Discussão de casos;
- Criar estratégias para abordagem dos problemas;
- Evitar práticas de psiquiatrização e medicalização;
- Ações anti manicomiais, diminuindo o preconceito com a loucura;
- Construção de espaços psicossociais na comunidade (oficinas) articulando a intersectorialidade (conselhos tutelares, associações de bairros, grupos de auto-ajuda);
- Priorizar abordagens coletivas e de grupos, em especial na ULS, e na comunidade;
- Redução de danos em grupos vulneráveis;
- Trabalhar o vínculo familiar, e buscar parcerias com redes de apoio e integração.

Contudo, pode ser observado que na prática, a realidade deste apoio matricial fica a desejar, principalmente pela deficiência de técnicos especializados. São poucas equipes de matriciadores em uma realidade com demanda significativa.

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas é necessário que se tenha uma equipe unida, capacitada, e que o processo de formação das equipes seja permanente e contínuo.

A política de saúde mental na atenção básica é recente data dos anos 2000, e muito tem se aprimorado, pois é um trabalho que é realizado junto com as equipes de saúde da família, onde estas estão presentes nas comunidades, nas famílias, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são da própria comunidade.

No gráfico a seguir, poderemos identificar melhor as redes de atenção aos portadores de distúrbios mentais.

## REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

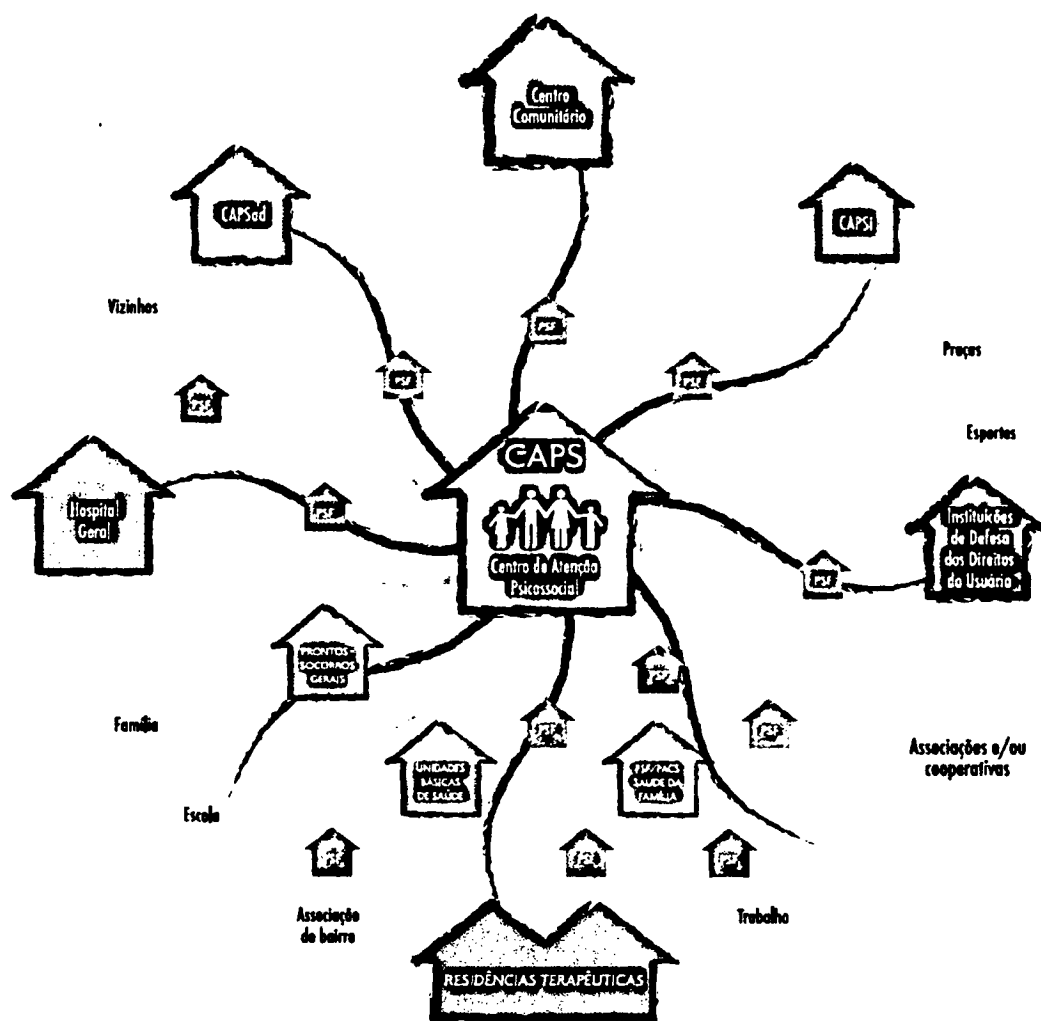


Gráfico 2: Rede de atenção à saúde mental<sup>12</sup>.

### 3.4 NASF – NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade dos serviços prestados, resultando em qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes

<sup>12</sup> Gráfico retirado do Relatório Final da Conferência Regional de Reforma Psiquiátrica, 15 anos após Caracas.

para ser eficiente, eficaz e resolutive. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

Desta forma, são definidos os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária do sistema de assistência à saúde, e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o campo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. (ANEXO 02)

O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de ESF no qual o NASF está cadastrado.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 01 que é composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 02 que é composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O núcleo tem como responsabilidade central, atuar e reforçar 09 (nove) diretrizes na atenção básica à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o

território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criam espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

O NASF está dividido em nove áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica

A organização do processo de trabalho do NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturado priorizando:

- Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico, orientações, bem como atendimento conjunto; (criando espaços de reuniões, atendimento, apoio por telefone, e-mail, etc);
- Intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela equipe de ESF, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessária;
- Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de ESF e outros setores. Como por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais, etc.).

Dentro de tal perspectiva, implantar NASF implica, portanto, na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião de planejamentos, o que inclui discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de

encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos etc. Tudo isso não acontece automaticamente, tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na co-gestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção.

## 4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A inserção do Assistente Social na saúde é tão recente quando as legislações vigentes nesta área, ou seja, anos de 1980 e 1990. Mesmo com muitos avanços terem ocorrido ainda nos dias atuais o fazer profissional de um assistente social é confundido, não é claro, e nem mesmo, para os próprios profissionais envolvidos, acabando muitas vezes por confundir o trabalho do Assistente Social, e este acaba realizando um trabalho burocrático dentro de uma unidade de saúde.

Neste capítulo iremos trazer um pouco a trajetória de trabalho no campo da saúde, suas dificuldades de inserção, os desafios postos para essa profissão, tanto na saúde em geral e mais focada no trabalho com pacientes com transtornos mentais.

### 4.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Desde o surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no país nos anos de 1930 a 1964, ocorrem algumas evidências significativas na área da saúde, mesmo esta não sendo a área de atuação mais tradicional da época.

No pós guerra, a profissão expande-se pelo país, haja vista, a crise capitalista, o panorama internacional e o aumento de flagelados com a guerra, ocorrendo também à ampliação do conceito de saúde e o conceito saúde/curativo para saúde/prevenção. Foi neste cenário que os Assistentes Sociais foram incluídos na saúde.

Trabalhar na área da saúde, principalmente a partir dos anos de 1990 é um desafio, haja vista, que existem dois projetos em disputa: o Projeto da Reforma Sanitária X Projeto Privatista. Percebe-se que o atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora o segundo, mas a maior ênfase é no projeto privatista.

O Serviço Social é solicitado para enfrentar essas tensões existentes na sociedade, deparando-se com questões singulares de ordem sócio econômica, onde, as lutas se tornaram muito mais corporativas do que coletivas, ou seja, cada indivíduo lutando por interesses próprios.

Foi com a resolução nº 218 de 06/03/1997 que o Conselho Nacional de Saúde reconhece a categoria de Assistentes Sociais como profissionais da saúde, e a Resolução nº383 de 29/03/1990 que o caracteriza como profissional de saúde.

Os anos de 1980 é um marco para profissão, ocorrendo à renovação do Serviço Social no Brasil, que segundo Neto (1996), é possível identificar três tendências em disputa: a modernizadora, com influência do funcionalismo, a reatualização do conservadorismo com os recursos da fenomenologia e a intenção de ruptura, responsável pela interlocução com o marxismo.

Ao mesmo tempo, a luta pela ruptura hegemônica, trabalha com questões postas pela privatização, das exclusões, às descrenças das possibilidades de políticas públicas. Ainda, a saúde luta para conseguir trabalhar de forma que o sujeito tenha seus direitos garantidos, rompendo com a prática médica clássica ou curativa, mas fazer valer o que dispõe nos princípios<sup>13</sup> do SUS.

No caput do artigo 3º da Lei 8.080/1990, tem ressaltado as expressões da questão social, que devem ser compreendidas segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam através das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (lei 8080/1990).

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Nesta perspectiva, a atuação profissional deve ter clareza da proposta de enfrentamento das expressões da questão social, pois, repercute diretamente nos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até especialidades e alta complexidade.

Nota-se neste contexto de saúde pública três ações enfrentadas, possíveis de serem destacadas que caracterizam o Serviço Social neste campo de atuação, talvez possa ser uma problemática:

---

<sup>13</sup> São princípios do SUS, a universalização no atendimento, a descentralização das ações, a promoção, a proteção e a integralidade. (vide Lei 8080/1990).



1º os profissionais que trabalham com a rede pública de saúde acabam incorporando a apresentação sanitária, denotando a falta de identidade de assistentes sociais com a profissão;

2º trabalhar com questões subjetivas dos sujeitos em questão, o que caracteriza a intervenção profissional Clínica;

Portanto, cabe ao Serviço Social, juntamente com outros profissionais da área da saúde, formular estratégias para buscar reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. É necessário que o trabalho do Assistente Social tenha como norte o projeto – ético político profissional e que, necessariamente, deve estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003). Deve-se considerar que o código de ética que orienta a profissão apresenta ferramentas para trabalhar na área da saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria.

A atuação do Serviço Social na área da saúde consiste nas seguintes competências de acordo com o CFESS (2009):

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuários aos serviços da instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizem a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto e Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigação sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/o aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.

Portanto, não existe uma fórmula para atuação profissional na saúde ou em qualquer área de trabalho, mas existem sim indicadores para conseguir trabalhar com uma demanda

considerada expressiva. Não se deve deixar de considerar as pequenas indicações, pois, podem ser muito significantes. Ou seja, mais do que nunca os Assistentes Sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho que confronte ao projeto neoliberal<sup>14</sup>.

De acordo com os princípios fundamentais e deveres dos Assistentes Sociais disposto no código de ética profissional (ANEXO 03) a questão saúde está intrínseca ao fazer profissional de acordo com as competências profissionais, realizadas na saúde ou no espaço sócio-ocupacional. Mas, é importante destacar a importância de serem observados os direitos e deveres do profissional.

O Assistente Social considerando as competências determinadas pela ABEPSS<sup>15</sup> em 1996 tem a capacidade crítica de entender e realizar uma análise crítica da realidade, para conseguir identificar, estruturar, e enfrentar as demandas postas no fazer profissional cotidiano.

O atendimento direto ao usuário na saúde ocorre nas redes de serviços, materializado através dos postos de saúde, policlínicas, institutos, maternidades e hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente se, federal, estadual, municipal.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009), o assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com o usuário e passando a atuar no planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de equipes e recursos humanos e também nos recursos de controle social.

Ainda, com base no documento supracitado, serão destacadas a seguir as atribuições dos assistentes sociais na saúde, tanto direta ou indiretamente e caracterizando como é realizado este trabalho, quais os instrumentais técnicos operativos que são utilizados.

### 1. Ações assistenciais

Ações assistenciais é a principal demanda aos profissionais, as questões que aparecem no cotidiano são:

- Solução quanto ao atendimento (facilitar a marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);

<sup>14</sup> Projeto das privatizações dos setores públicos, da desresponsabilização dos órgãos públicos passando a responsabilidade aos setores privados da sociedade civil.

<sup>15</sup> Ver documento da ABEPSS 1996, Diretrizes Curriculares.

- Reclamações com relação à qualidade e/ou atendimento ao não atendimento (relações com a equipe falta de medicação, entre outros);
- Não atendimento do tratamento indicado;
- E outras questões do cotidiano real dos usuários como: desemprego/subemprego, ausência de local de moradia, violência urbana, doméstica, acidentes de trabalho e abandono do usuário.

Nestas demandas as principais ações são:

- Orientações individuais ou coletivas, com o objetivo de democratizar as informações;
- Identificar a situação sócio econômica e familiar dos usuários, com o objetivo de construção de um perfil do público atendido;
- Abordagem através de grupo;
- Criar mecanismos que facilitem o acesso aos usuários aos serviços;
- Realizar visitas domiciliares;
- Realizar visitas institucionais quando necessárias;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer o vínculo, no sentido de emancipação;
- Criar protocolos e retinas de ações para facilitar o serviço;
- Registrar os atendimentos nos prontuários do usuário, para que toda equipe possa ter acesso as informações e quais os atendimentos prestados.

## 2. Ações em equipe

O profissional de serviço social ao participar do trabalho em equipe na saúde dispõe de olhares particulares da realidade do usuário, o que o diferencia de um olhar clínico de um médico. Para conseguir entender o trabalho em equipe, Iamamoto discorre;

É necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus particulares que leva à diluição de suas particularidades profissionais [...] são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. (IAMAMOTO, 2002, p. 41)

Considerando o exposto, identifica-se que cada profissional tem suas particularidades que faz com que o trabalho em equipe se torne eficaz, pois, como traz Iamamoto (2002), “o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas.”

O assistente Social no seu cotidiano na saúde depara-se com alguns desafios, e o principal deles é com a equipe em que trabalha, ou seja, a equipe não tem claro qual seu papel nesta, atribuindo a estes, ações que não são privativas do assistente social, a seguir elencamos as principais:

- Marcação de consultas;
- Solicitação de ambulância para remoção de alta;
- Verificação de vaga para transferência de pacientes;
- Pesagem e medição de crianças e gestantes;
- Informar alta e óbito;
- Emissão de declaração de comparecimento (em consultas agendadas);
- Montar processo para tratamento fora de domicílio (TFD), medição de alto custo, etc.

O profissional ainda encontra com a equipe dificuldade de dialogar para poder expor suas atribuições e competências frente a demanda e dinâmica das unidades de saúde.

Ainda, encontramos duas demandas que causam conflito no cotidiano profissional, que as equipes delegam como atribuições do Assistente Social que são: a alta médica e programa de humanização do sistema de saúde. No primeiro caso ocorre uma confusão entre alta médica e alta social, ou seja, o usuário pode estar apto para voltar para casa de seu tratamento de saúde, mas as suas relações sociais estão conflituosas ainda, frente a esta situação, cabe ao Assistente Social atuar de maneira a orientar o paciente, esclarecer, e este refletir em equipe uma postura homogênea, que cabe ao profissional ser um interlocutor entre equipe de saúde e usuário, respeitando as questões sociais e culturais.

Com relação a humanização, os assistentes sociais tem sido chamados para trabalhar junto com outros trabalhadores de saúde para viabilizar esta política, um dos aspectos que acabam por confundir como atribuição do assistente social são os aspectos calcados nos valores com garantia de direitos sociais. Um dos desafios da humanização é a criação de uma cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que este projeto seja concretizado deve ocorrer à motivação por parte da equipe de saúde, com planejamento e remuneração compatíveis com suas atribuições, e sempre tendo o usuário/paciente como protagonista da cena. Não só o profissional de serviço social é capaz de fazer valer este projeto, mas as equipes num todo.

Outra demanda que aparece com frequência que as equipes de saúde refere-se, são as violências contra crianças, idosos, mulheres, [...]. Nestes casos a notificação fica como função

de toda a equipe, sendo o assistente social um colaborador, e não ser atribuição privativa do mesmo. Nestes casos cabe ao Serviço Social fazer a abordagem sócio-educativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos e viabilizar os encaminhamentos necessários<sup>16</sup>.

Os assistentes sociais devem ter como parâmetro para atuação em equipe:

- Esclarecer suas atribuições e competências para as equipes de saúde, deixando claro suas atribuições;
- Elaborar, organizar e realizar de treinamentos e capacitação de equipes técnicas;
- Participar junto com as equipes da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, preservando os interesses dos usuários, isso rompe com o modelo assistencial e tratamento da doença em isolado;
- Criar uma rotina que insira o profissional do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar, para que os usuários e familiares tenham garantidos seus direitos;
- Realizar em coletivo atendimento no caso de acidentes para os usuários acessarem seus direitos;
- Participar de ações socioeducativas nos programas e clinics, (planejamento familiar, saúde mulher, criança, idoso...)
- Planejar, executar e avaliar ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Sensibilizar o usuário e família para completar o tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Participar do projeto de humanização, que considera a concepção ampliada de saúde;
- Realizar notificação, frente a situações complexas diagnosticadas.

O trabalho em equipe sempre foi conflituoso, principalmente na saúde que se pode considerar recente, como política, como direito de todos. O assistente social irá encontrar muitas dificuldades no seu cotidiano na saúde, mas enfrentar com segurança e confiar na sua bagagem teórica e pratica, é o desafio posto para o profissional.

---

<sup>16</sup> Trata-se de encaminhamentos aos recursos e mecanismos legais instituídos e/ou garantidos pelas legislações social vigente no Brasil, a saber: Lei Maria da Penha (lei nº 11.340/2006), Estatuto do Idoso (lei nº 10.741/2003), ECA (lei nº 8069/1990), LOAS (lei nº 872/1993), Lei de Acessibilidade (lei nº 10.098/2000), Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência (lei nº 7853/1989), LOS (lei nº 8080/1990 e 8142/1990) e Resolução do CFESS nº 498/2006 entre outros.

### 3. Ações Socioeducativas;

As ações sócio-educativas devem ser consideradas o eixo central da atuação do Serviço Social na Saúde que também recebe o nome de educação em saúde. Abrangendo aspectos como: informações e debate sobre rotinas e funcionamento da ULS, análise de determinantes sociais, democratização dos estudos realizados pela equipe, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural, análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

A educação em saúde não deve pautar-se unicamente pelo fornecimento de informações, e esclarecimentos que levam ao convencimento o usuário, pois reforça a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Tendo como objetivos a construção da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico de sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas.

Dentre as principais atividades a serem efetivadas, destaca-se:

- Criar grupos de educação e sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- Desenvolve ações de mobilização na comunidade;
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência;
- Participar de campanhas preventivas;
- Realizar ações coletivas;
- Atividades nas salas de espera;
- Elaborar e divulgar material educativo;
- Mobilizar os usuários para participar do controle social;
- Atividades de grupos com temas pertinentes.

### 4. Ações de mobilização, participação e controle social;

Estas ações estão voltadas para a inserção do usuário, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos. Tendo como foco central, a democratização da instituição, incentivando a criação ou participação dos trabalhadores da saúde nos conselhos gestores, e no controle social.

A criação de uma ouvidoria dentro das ULS, sendo um instrumento de mobilização dos usuários, embora tendo claro que não é tarefa do Serviço Social respostas dos mesmos. A

ouvidoria é um canal importante de conexão entre o usuário e a instituição. Um trabalho que tem resultado é estar em contato com os movimentos sociais da região geográfica do ULS, pois, estes são uma porta de entrada das informações e socialização das mesmas, pois adquirem credibilidade junto a comunidade inserida, por seu envolvimento com questões de interesse da sociedade.

As principais ações neste âmbito são:

- Socializar as informações e mobilizar os usuários, para lutar por melhores condições de vida e de saúde;
- Mobilizar os usuários, familiares, trabalhadores de saúde, para participação de fóruns, conselhos, conferências, etc.;
- Contribuir para viabilizar a participação de usuários no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e da política local, regional, estadual e nacional;
- Participar da ouvidoria com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários;
- Outras ações pertinentes ao eixo.

##### 5. Ações de investigação, planejamento e gestão;

Este eixo tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática, que tem como objetivo, eleger propostas que potencializem a gestão a favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia de direitos sociais.

A descentralização das políticas sociais vem sendo requisitado aos profissionais de Serviço Social uma atuação nos níveis de gestão, planejamento e coordenação de equipes, programas e projeto. Haja vista, a capacidade de identificação e compreensão da realidade de uma determinada localidade.

Considera-se importante a ocupação desses espaços pelos Assistentes Sociais, mas não deve ser desconsiderado o projeto ético político da profissão<sup>17</sup>, as ações são as seguintes:

- Elaborar planos e projetos;
- Auxiliar na elaboração do planejamento estratégico garantindo a participação de usuários da saúde;

<sup>17</sup> Tem-se verificado que os profissionais do Serviço Social, ao assumirem ações na gestão, tendem a não reconhecer seus objetos de trabalho e as funções exercidas como matéria e atribuições do assistente social, resvalando para uma discussão desprofissionalizante que pode desdobrar-se em um esvaziamento da reflexão profissional e em uma crise de identidade quanto à profissão (IAMAMOTO, 2002).

- Participar da gestão das ULS;
- Utilizar-se de documentação técnica afim conhecimento e aperfeiçoamento;
- Manter registros e estudos das manifestações da questão social;
- Registrar as ações elaboradas através de relatórios, e te-lo como instrumento de avaliação;
- Outras ações consideradas importantes destacadas no documento: Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.

#### 6. Ações de assessoria, qualificação e formação profissional

Estas ações consistem em treinamento, preparação e formação de recursos humanos voltados para a educação permanente de funcionários, representantes comunitários, chefes intermediários e conselheiros. Tem como pretensão a qualificação dos trabalhadores de saúde na esfera operacional da unidade, além de instrumentalizar as equipes, gestores, supervisores e conselheiros de saúde.

Não só os assistentes sociais devem fazer parte dessas ações, mas, em conjunto com outros profissionais de saúde da instituição, ainda, deve contribuir para a formação profissional com criação de campos de estágio, participação de programas como de residência multiprofissional, deve ocorrer uma articulação com as unidades de formação acadêmicas para que estas ações sejam desenvolvidas. A assessoria é uma ação desenvolvida por um profissional capacitado com conhecimento da área de atuação, que tem como objetivo a emancipação dos trabalhadores e a ampliação da ação do Estado com relação às políticas sociais.

Como principais ações a serem desenvolvidas na intervenção são:

- Prestar assessoria aos conselhos em todos os níveis;
- Garantir assessoria a todos os colegas de trabalho;
- Organizar e coordenar seminários;
- Supervisionar diretamente estagiários;
- Participar ativamente dos programas de residência;
- Garantir a educação permanente;
- Participar de cursos, congressos, seminários [...];
- Participar e motivar os profissionais de Serviço Social e outros para a implantação da NOB RH/SUS nas três esferas;



- Assessorar entidades e movimentos sociais com o objetivo de fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Todos os eixos de ações proposto acima foram pensadas para guiar a atuação do profissional de Serviço Social dentro uma unidade de saúde, para poder orientar seu trabalho.

As ações a serem desenvolvidas pelos Assistentes Sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter direção sócio educativa. Para isso, os profissionais devem ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades, reconhecendo os direitos dos usuários, e defendendo os princípios estabelecidos pelos direitos humanos. Um indicador proposto é o estabelecimento de um protocolo de atendimentos e encaminhamentos desenvolvidos pela equipe interdisciplinar do local de saúde, que irá nortear o trabalho profissional e todos os profissionais que procuram atuar na mesma perspectiva.

O trabalho na área da saúde é amplo, considerando seus desdobramentos no atendimento foram organizados grupos específicos de atenção, para que possam ser desenvolvidas ações focalizadas com a intenção de atender uma determinada demanda, ou seja, saúde da mulher, idoso, crianças [...]. A seguir iremos fazer algumas reflexões sobre um desses desdobramentos, sendo este, a saúde mental. Como o Serviço Social está engajado neste grupo de atenção, será elencado um pouco da trajetória profissional, deste a inserção desde profissional nos anos de 1930.

#### **4.1.1 Um pouco da trajetória do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil**

O subitem deste capítulo parte da proposta do paradigma de desinstitucionalização, que vem orientar as novas práticas em Saúde Mental, com novas relações interdisciplinares, dando ao Serviço Social um novo viés de atuação.

Desde o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social nos anos de 1930 no Brasil, esta sofreu reflexos das transformações econômicas que estava ocorrendo no país neste período. Na área da saúde, o marco principal foi às ações do Movimento de Higiene Mental, o Serviço Social sofre as consequências, pois, a “loucura” como era tratada anteriormente, era considerado caso de saúde pública.

Esta época, foi marcada o assistencialismo junto às famílias com algum “doente mental” no contexto familiar. O trabalho era limitado, os profissionais de Serviço Social não tinham autonomia para realizar suas atribuições, eram submetidos a ordens médicas.

O Serviço Social é incorporado às instituições, cujas práticas são dos mais diversos tipos: curativa, preventiva, recuperação motora, seguro, distribuição de auxílios, conjuntos habitacionais, instituto para menores e idosos, etc. Contudo, as ações do Serviço Social dentro destas instituições eram determinadas pelo número maior de casos atendidos, para então serem pensadas, ações assistenciais para a população mais carente. Ou seja, a maior demanda era o que norteava o trabalho do Assistente Social, ou seja, o planejamento de sua atuação

Nos registros e análises sobre o Serviço Social e Saúde Mental no Brasil predominou a década de 1940, como o marco de entrada do Serviço Social na Saúde Mental. Inicialmente a sua inserção no campo da saúde mental deu-se através do Centro de Orientação Juvenil (COJ) e dos Centros de Orientação Infantil (COI), proposta dos higienistas americanos e brasileiros como estratégia de diagnóstico de crianças e jovens com problemas mentais e a implantação da educação higiênica nas escolas e famílias (VASCONCELOS, 2002).

Neste período, foram formados os primeiros profissionais de Serviço Social no Brasil, a inserção destes foi nas instituições psiquiátricas, eram alocados nas portas de entrada e saída das unidades, eram diretamente subordinados aos médicos e à direção do hospital. As demandas que atendiam eram: levantamento de dados de pacientes e familiares, confecção de atestados sociais e alguns encaminhamentos.

Também atendiam “a varejo”<sup>18</sup> as solicitações, eram tanto para pacientes internados ou não, familiares ou até mesmo pessoas que por ali passavam e procuravam o serviço. As demandas maiores eram extremamente assistencialista, como roupas, comida, pequenos recursos sociais e financeiros. As equipes eram pequenas e tinham dificuldades de atender a todos, pois, o atendimento “varejo” demandava um tempo considerável.

Segundo Bisneto (2001) o trabalho dos assistentes sociais eram atendimentos extremamente assistencialista, eram questões envolvidas com a extrema pobreza dos pacientes e a ausência de redes de suporte familiar e comunitário.

Estas primeiras experiências são contaminadas na profissão até os dias atuais. Destacam-se a moralidade nos atendimentos na forma de pensar a saúde mental, um

---

<sup>18</sup> Pacientes sem encaminhamentos de outros profissionais, ou sem estarem internados e nenhum parente próximo, procurando os serviços por conta própria solicitando ajuda.

pensamento fragmentado sobre o indivíduo, com idéias e ações de querer adaptar/ajustar o indivíduo ao convívio social, dentre outros.

Para conseguir entender a inserção do Serviço Social na Saúde Mental temos que fazer referência às questões econômicas e histórico-políticas do Brasil. Sendo necessário, considerar e compreender as variadas formas das expressões da questão social, sua face que muda constantemente.

A cultura moralizante brasileira tende a culpabilizar o indivíduo, responsabilizando o indivíduo e tirando a responsabilidade do Estado de oferecer/distribuir enquanto direito, os mínimos sociais que uma sociedade necessita para sobreviver. É neste cenário nacional, nos anos de 1970 que o Serviço Social foi extremamente demandado para “ajustar” os indivíduos “desajustados” da sociedade.

De acordo com Bisneto (2005), faz uma importante reflexão à compreensão da estrutura do Serviço Social na Saúde Mental, este se originou só após 1964, com as mudanças do atendimento previdenciário na saúde mental. Dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, com prestação de serviço social necessário, a partir do atendimento previdenciário. As primeiras atuações dos assistentes sociais na saúde mental estavam voltados para o atendimento a jovens e familiares.

O período de 1964, marcado pelo autoritarismo do Estado, caracterizou-se pelo desenvolvimento econômico, paralelo a mecanismos de repercussão e luta de classe.

O processo de unificação das instituições previdenciárias confirma-se como a criação em 1966 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), este beneficia a implantação de uma política de saúde, com base médico/industrial, ou seja, o modelo privilegiava o setor privado, através da assistência previdenciária e tratando com descaso as ações de saúde pública.

No âmbito da saúde mental “o período ditatorial foi um marco divisório entre uma assistência eminentemente destinado ao doente indigente e uma nova fase, a partir da qual se estendeu a cobertura à massa e trabalhadores e seus dependentes.” (RESENDE, 2001, p. 60)

Assim, as décadas de 1960 e 1970, trouxeram uma demanda para o Serviço Social na saúde mental que exigia dele uma atuação voltada para a higiene social de uma atuação sobre o caráter das pessoas, objetivando à reintegração social por meio da adequação do indivíduo à sociedade, ao comportamento normal da sociedade. Essa postura pode ser observada principalmente nos anos de 1970, causada pela influência militar.

Ainda Bisneto (2005) reconhece que a gênese do Serviço Social em saúde mental não foi endógena, não a partir das necessidades terapêuticas ou clínicas para os transtornos

mentais, mas sim, da modernização conservadora do Estado ditatorial brasileiro em busca de uma possível legitimização da saúde.

Nos anos de 1960 até meados dos anos de 1980, o trabalho dos assistentes sociais, foi de trabalhar com os “desajustes” postos pela questão social, era preciso atuar na preservação e manutenção da força de trabalho com as famílias e no ajustamento da mesma. A prática profissional se dava no diagnóstico, orientação, e no tratamento de casos individuais e familiares.

Portanto, com as reformas do Estado brasileiro na ditadura militar, ampliou o campo de atuação do Serviço Social, na área da saúde mental também. A inserção efetiva do Serviço Social em hospitais psiquiátricos se deu por força das exigências do INPS nos anos de 1970.

Apesar do regime autoritário na década de 70, algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico foram feitas, com a portaria do INAMPS de 1973, exigindo, entre outras coisas, o aumento do número de profissionais em hospitais psiquiátricos, incluindo os Assistentes Sociais (VASCONCELOS, 2002).

No âmbito da formação profissional no período de 1975 foi um marco as abordagens de questões voltadas para a saúde, manifestando neste momento algumas produções intelectuais, destacando o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que resultou em estudos e pesquisas na área da saúde contribuindo para o planejamento de ações voltadas para a área da saúde, destacando ações na saúde mental.

Um grande marco no que diz respeito aos avanços sobre a questão saúde foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde proporcionou a promulgação da CF de 1988, e a saúde deve princípios assegurados, dentro do tripé da Seguridade Social.

A CF de 1988, onde esta tem em seu nome popular a Constituição Cidadã, ou seja, dar dignidade para uma sociedade, com marcas de um duro período ditatorial. A sociedade passa a ter direitos, ter acesso a instrumentos que possibilitem uma vida digna, a ênfase nesta conquista é a saúde.

No ano de 1994 um grande avanço na área da saúde coletiva foi a criação da Estratégia da Saúde da Família, onde enfatiza a prevenção e promoção, trabalhando coletivo e não o individualismo, estratégias que vão além de curar uma doença. Algumas propostas de trabalho surgem para conseguir concretizar a proposta de trabalho, principalmente por trabalhar com uma equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade ganha destaque, onde, um indivíduo singular pode ser visto com diferentes olhares.

Dentro da área da saúde, o setor saúde mental é reconhecido como o que mais avançou na direção interdisciplinar e multidisciplinar, principalmente com a proposta de matriciamento e da equipe multiprofissional que compõem o NASF.

O grande desafio para que a política de saúde mental seja incorporada, e concretizada pelas equipes de saúde da atenção primária é o relacionamento entre as equipes, estes devem ter clareza de suas competências e atribuições cada qual em sua área. É possível ser observada esta falta de clareza no documento elaborado pelo CFESS sobre o Parâmetro de atuação do Assistente Social na Saúde<sup>19</sup>.

O maior avanço no que diz respeito ao Serviço Social na atenção básica, foram os CAPs, onde os atendimentos são realizados com os encaminhamentos das Unidades Locais de Saúde, ou outras instituições a fins.

Não podemos esquecer que a realidade social dos portadores de transtornos mental não é diferente da realidade sócio econômica da maioria da população brasileira, que sofre com o desemprego, falta de acesso a educação, saúde, moradia, sendo muitas vezes vítima de preconceito e de indiferença. Portanto, não podemos deixar de construir alianças com os movimentos sociais, uma luta constante pela construção da cidadania dos portadores de transtornos mentais e pela garantia e efetivação dos direitos efetivados da população.

Cabe, no entanto, ao profissional do Serviço Social, no âmbito da saúde mental, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde, que efetivem como um direito social é fundamental ter como eixo, que o trabalho do assistente social na saúde, tenha como foco/norte, o projeto ético-político profissional, estando este articulado ao projeto da reforma sanitária. Neste contexto, trabalhar o indivíduo com o objetivo de emancipá-lo, torná-lo um sujeito de direitos, romper processualmente com os preconceitos da sociedade, são alguns dos caminhos éticos que o Assistente Social deve trilhar.

---

<sup>19</sup> Documento disponível no site do CFESS para consulta (Parâmetros para a atuação do Serviço Social na Saúde).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social no Brasil desde as primeiras escolas em 1930, que surge com influência norte-americana, tem como base a doutrina católica, sendo a atuação profissional baseada na benevolência, caridade, filantropia. A inserção deste profissional na saúde também foi baseada nesses princípios de atendimento. Ainda hoje, esses ranços são carregados junto com a profissão, alguns atendimentos estão envoltos nessas marcas.

Com os movimentos que ocorreram com a Reforma Psiquiátrica, novos campos de atuação são postos para os assistentes sociais, um exemplo são os CAPS, onde marca a atuação profissional interdisciplinar, com um atendimento coletivo, ou seja, entende o contexto do usuário num todo (comunitário, familiar, relações de sociais, etc.), não mais fragmentado como ocorria.

Compreender as demandas postas pela saúde, enfatizando a atuação do Serviço Social junto à saúde mental, nos remete a uma realidade ampla e desafiadora no atendimento dos diferentes aspectos que a compõe.

Outro campo que merece destaque neste novo século é a criação do NASF, onde este é formado por uma equipe multiprofissional, que possibilita um engajamento maior entre as equipes de saúde, pois é composta por diferentes áreas de atuação (Serviço Social, Psicologia, Educação Física, etc.), cada qual com sua visão diferenciada.

A ênfase principal para a inserção do assistente social na saúde é o trabalho interdisciplinar, através das novas propostas de atendimentos. Um destaque são as equipes de saúde de família, um grande avanço nesta direção. O Serviço Social neste contexto, trabalha com situações que chegam até as ULS, sendo as mais comuns: violências, abusos sexuais de menores, idosos, uso de drogas e álcool, dentre outras. Fazer com que essas demandas sejam trabalhadas com coerência, competência e compromisso ético pelos profissionais talvez sejam os principais desafios.

O assistente social enfrenta no seu cotidiano profissional, dentro de uma ULS, grandes barreiras, precisando processualmente rompê-las. Um dos desafios, é fazer com que as equipes de saúde entendam a importância de seu trabalho, uma vez que a complementariedade e parcerias profissionais tende somente a somar e dar qualidade nos atendimentos.

Mas, para este cenário mudar, as equipes de saúde precisam estarem abertas para discussão junto com as equipes do Serviço Social, sobre as suas atribuições para que este

possa desenvolver suas ações voltadas para seu projeto ético político, e não meramente burocrático.

Diante disso, foi elaborado em 2009 pelo CFESS, um documento que auxilia o trabalho do assistente social, que são, os Parâmetros de atuação profissional na Saúde<sup>20</sup>. Embora o código de ética profissional aponte as atribuições dos assistentes sociais na saúde, seu trabalho é confundido ainda, e acaba sendo muitas vezes paliativo. Neste sentido, os Parâmetros vem a contribuir nos esclarecimentos das atribuições profissionais do assistente social.

Como reflexão central, podemos identificar que o profissional deve ter clareza da realidade em que está inserido, conseguindo identificá-la, ter claro que as demandas surgem imbricadas numa sociedade marcada pelo capitalismo, com sérias questões sociais aflorando cada vez mais, acontecendo principalmente um processo desumano e avassalador devido ao contexto sócio-político, econômico e cultural que a sociedade brasileira na sua maioria vem enfrentando cotidianamente.

O cenário atual é marcado pelas novas legislações no campo da saúde principalmente na saúde mental, onde o sujeito passa a ter direitos. Com isso, coloca para o profissional de Serviço Social um contexto que o aproxima da luta defendida pelo Projeto Ético Político e pelos direitos humanos, onde a liberdade é a defesa central, ampliando a consolidação de cidadania, e eliminação de qualquer tipo de preconceito e discriminação, trabalhar o sujeito de maneira a emancipá-lo.

Alguns questionamentos surgiram no decorrer deste trabalho, que se faz pertinente neste momento levantar: Será que os assistentes sociais têm clareza da sua identidade profissional na área da saúde? Possuem uma atitude investigativa no cotidiano da sua prática? Desenvolvem ações voltadas para seu projeto profissional ético-político? Procuram no seu dia-a-dia romper com práticas meramente assistencialistas junto aos usuários, buscando junto com estes a emancipação e consolidação de seus direitos, de fato, enquanto cidadãos? No fazer profissional, busca-se realizar um trabalho pautado nos direitos humanos?

Enfim, questões que abrem para outras questões e que merecem ser refletidas e tratadas com atenção tanto pelos profissionais vigentes quanto por nós acadêmicos (as), futuros (as) assistentes sociais.

---

<sup>20</sup> Documento disponível na referência: (CFESS). Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde, Brasília, DF. 2009. Ou ainda, no site CFESS, ([WWW.cfess.org.br/publicações\\_livros.php](http://WWW.cfess.org.br/publicações_livros.php)).

## REFERÊNCIAS

BARROS, José Maria de Aguiar. Utilização política ideológica da delinquência. In: **Cadernos do CEAS**, nº 71, Janeiro/fevereiro, 1981.

BISNETO, José Augusto V. S. **Análise institucional do serviço social em saúde mental**, 2001. Tese (Doutorado em Serviço Social). Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. Uma Análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 82, ano XXVI, Jul 2005, São Paulo: Cortez, p. 110 – 130.

BRAVO, Maria Inez Souza. **A política de saúde na década de 90**. Projetos em disputa. Superando Desafios – cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Vol. 4. Rio de Janeiro, UERJ/HUPE, 1999.

BRASIL. Sistema único de saúde. Conselho nacional de saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório final da III conferência nacional de saúde mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Manual do programa de volta para casa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Residências terapêuticas: o que são e para que servem**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.



\_\_\_\_\_. **Constituição Federal**, Brasília, DF. 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório final do seminário nacional para a reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**, Brasília, DF. 2009.

CHAGAS, Dolores Reginato. **Cuidado participativo a pacientes psiquiátricos: uma construção integral à saúde do adolescente**. Monografia (Curso de Especialização em metodologias de atendimento à criança e ao adolescente em situação de risco). UDESC, 1998.

GOMES, Mônica Medeiros. **Programa de alta progressiva: Uma experiência de grupo vivencial**. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), UFSC, 2001.

GONÇALVES, Lúcia Maria Silva Rodrigues. **Saúde Mental e trabalho social**. São Paulo: Cortez, 1983.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **SUS – Sistema Único de Saúde, comentários à lei orgânica da saúde, leis 8080/1990 e 8142/1990**. 4ª ed. rev. e atual. Campinas, SP: UNICAMP, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto profissional**. Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na atualidade. Atribuições privativas do (a) Assistente Social em questão: Brasília: CFESS, 2002.

MATOS, M.C. O debate do Serviço Social na saúde na década de 90. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 74, 2003.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e atenção básica, o vínculo e o dialogo necessário: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília. 2003.

\_\_\_\_\_. **Equipe de referência e apoio matricial**, Brasília, DF. 2004.

\_\_\_\_\_. **Legislação em saúde mental**, Brasília, DF 2º ed. rev. Atual., Série E. Nº4. 2002.

MINUCHIN, Silvia. **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MIOTO, Regina Célia Tomaso; TAKASHIMA, G. **Crises familiares e separação conjugal**. Rio de Janeiro: anais do V ENPESS, 1996.

\_\_\_\_\_. **Educação e família**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: UNICAMP, 1989.

\_\_\_\_\_. O Tratamento da Família. In: CAETANO, et al (org.). **Esquizofrenia: atualização em diagnóstico e tratamento**. São Paulo, SP: 1993.

MILES, Agnes. **O doente mental na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MORAES, Diva. **Psiquiatria controle e repressão social**. Belo Horizonte: Vozes, 1983.

NETO, José Paulo. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº50, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. SECRETARIA DE SAUDE. **NAAS - câmara técnica de especialidades**. Texto base para discutir matriciamento, São Paulo, 2004.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In. TUDIS, Silvério; COSTA, Nilson (org.). **Cidadania e loucura – política de saúde mental no Brasil**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras contemporâneas, 1994.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e o serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez 2000.

TEIXEIRA, Mario. **Hospício e poder**. Brasília, DF: 1993.

**ANEXOS**

ANEXO 01: lei 10.216 de 06/04/2001

**Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001**  
**Política nacional da saúde mental**

**Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Artigo 1º** - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

**Artigo 2º** - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

**Artigo 3º** - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

**Artigo 4º** - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º.

**Artigo 5º** - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

**Artigo 6º** - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

**Artigo 7º** - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único - O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

**Artigo 8º** - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, serem comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

**Artigo 9º** - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

**Artigo 10** - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

**Artigo 11** - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

**Artigo 12** - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

**Artigo 13** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 06 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

## ANEXO 02: Portaria gm nº 154, de 24 de janeiro de 2008

Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos no Pacto Pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Regionalização Solidária e Cooperativa firmada no Pacto Pela Saúde e seus pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS;

Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família;

Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil;

Considerando a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, conforme o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta o desenvolvimento das ações da pessoa com deficiência no SUS;

Considerando as diretrizes nacionais para a Saúde Mental no SUS, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da reforma psiquiátrica;

Considerando a Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional;

Considerando a Política Nacional de Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, seus princípios e diretrizes;

Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS, a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial da Saúde - OMS de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia;

Considerando a Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994, que define a carga horária semanal máxima dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;

Considerando a Lei nº 9.696, de 1 de setembro DE 1998 que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física.

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, estabelecido na Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles considerados essenciais;

Considerando que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, estabelecida por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, e da integralidade e da equidade; e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

§ 5º prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte:

I - Para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, sendo permitido o cadastro de profissionais de CBO diferentes;

II - Para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um;

III - Para os profissionais terapeutas ocupacionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e,

IV - Para as demais ocupações vale a definição do caput deste parágrafo.

§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

§ 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

§ 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I a esta Portaria.

Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

§ 1º Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família.

§ 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

Art. 6º Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família.

§ 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

§ 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

Art. 7º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I- definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal;

II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;

III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;



V - manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;

VI - disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF;

VII - realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;

VIII - assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF; e

IX - estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.

Art. 8º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

I - identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º desta Portaria;

II - assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

III - realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; e

IV - acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados nesta Portaria.

Art. 9º Definir que o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF:

I - esteja vinculado à implantação/expansão da Atenção Básica/Saúde da Família na proporcionalidade definida no artigo 5º desta Portaria;

II - obedeça a mecanismos de adesão e ao fluxo de credenciamento, implantação e expansão definidos no Anexo II a esta Portaria, podendo ser utilizados os quadros do Anexo III a esta Portaria; e

III - tenha aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado.

Art. 10. Definir como valor de transferência para a implantação dos NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Art. 11. Definir como valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

§ 1º Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES.

§ 2º O envio da base de dados do SCNES pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o banco nacional deverá estar de acordo com a Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007.

§ 3º O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverão ser registrados no SIA/SUS, mas não gerarão créditos financeiros.

Art. 12. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) e componham o Bloco Financeiro de Atenção Básica.

§ 1º Incidem nos fluxos e requisitos mínimos para manutenção da transferência e solicitação de crédito retroativo os requisitos definidos pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

§ 2º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes ao NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais dos NASF e/ou;

IV - inexistência do número mínimo de Equipes de Saúde da Família vinculadas ao NASF, sendo consideradas para esse fim as Equipes de Saúde da Família completas e as Equipes de Saúde da Família incompletas por período de até 90 dias.

Art. 13. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

## ANEXO I

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Ações de Atividade Física/Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PT nº 687/GM, de 30 de março de 2006 -, compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras.

Em face do caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, as ações de Atividade Física/Práticas Corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis.

Detalhamento das ações:

- desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade;
- veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;

- proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;
- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;
- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais;
- supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;
- promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território
- escolas, creches etc;
- articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e
- promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população.

Ações das Práticas Integrativas e Complementares – Ações de Acupuntura e Homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.

Detalhamento das ações:

- desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;
- veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;
- proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;
- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;
- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;
- promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc; e

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional.

Ações de Reabilitação - Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência - Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 - compreende que as "deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente" (CIF, 2003).

O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a Inclusão Social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território.

Assim, é fundamental que os serviços de atenção básica sejam fortalecidos para o cuidado da população com deficiência e suas equipes tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para os outros níveis de complexidade quando se fizer necessário.

As ações de reabilitação devem ser multiprofissionais e transdisciplinares, provendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas no qual, por meio do entrosamento constante entre os diferentes profissionais, se formulem projetos terapêuticos únicos que considerem a pessoa, suas necessidades e o significado da deficiência no contexto familiar e social. Os resultados das ações deverão ser constantemente avaliados na busca por ações mais adequadas e prover o melhor cuidado longitudinal aos usuários.

Detalhamento das ações:

- realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;
- desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;
- desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;
- desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;
- realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;
- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;
- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;
- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;
- capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;
- realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;
- desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;
- desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;

- acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;
- acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;
- realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e
- realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.

Ações de Alimentação e Nutrição - Ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis.

A promoção de práticas alimentares saudáveis é um componente importante da promoção da saúde em todas as fases do ciclo da vida e abrange os problemas vinculados à desnutrição, incluindo as carências específicas, a obesidade e os demais distúrbios nutricionais e sua relação com as doenças e agravos não-transmissíveis.

Nessa direção, é importante socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos locais de custo acessível e elevado valor nutritivo. A incorporação das ações de alimentação e nutrição, no âmbito da Atenção Básica, deverá dar respostas às suas principais demandas assistenciais, ampliando a qualidade dos planos terapêuticos especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação.

O diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, propiciada pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional confere racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população.

As ações de Alimentação e Nutrição integram o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei. nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Detalhamento das ações:

- conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;
- capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e
- elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento.

Ações de Saúde Mental - Atenção aos usuários é a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a

organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os frequentam - sua família, escola, trabalho, igreja etc. - e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania.

**Detalhamento das ações:**

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatria e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

**Ações de Serviço Social** - Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.

Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

**Detalhamento das ações:**

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;

- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;
- identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;
- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
- no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia.

**Ações de Saúde da Criança** - Ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade exija atenção diferenciada. Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família, que estejam inseridas num processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

**Detalhamento das ações:**

- realizar junto com as ESF o planejamento das ações de saúde da criança;
- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões específicas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando desenvolver espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc);
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da criança se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e
- realizar visita domiciliar conjunta às equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

**Ações de Saúde da Mulher** - Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família que estejam inseridas num processo de educação permanente; ações de capacitação em serviço dentro de um processo de



educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família; ações de atenção individual às mulheres, desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família; cuja complexidade do caso exija atenção diferenciada; ações diferenciadas, como pré-natal de risco não habitual, cujo acompanhamento se desenvolva de maneira compartilhada com as equipes Saúde da Família; realização de colposcopia e biópsias dirigidas, realização de cirurgias de alta-frequência (CAF) e demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

Detalhamento das ações:

- realizar junto com as ESF, o planejamento das ações de saúde da mulher;
- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da mulher, além de situações específicas como a de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões específicas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc;
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da mulher se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e
- realizar visita domiciliar em conjunto com as equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

Ações de Assistência Farmacêutica - Ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

A Assistência Farmacêutica nos NASF visa fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, cujo trabalho buscará garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família e da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Detalhamento das ações:

- coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família;
- selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;

- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/ Saúde da Família;
- acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos;
- elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida;
- estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica; e
- treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

## ANEXO II

### MECANISMOS DE ADESAO/IMPLANTAÇÃO DOS NASF

I. Para implantar os NASF, os Municípios e o Distrito Federal devem elaborar Projeto de Implantação, contemplando:

- o território de atuação, formado por áreas contíguas de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família;
- as principais atividades a serem desenvolvidas;
- os profissionais a serem inseridos/contratados;
- a forma de contratação e a carga horária dos profissionais;
- a identificação das Equipes Saúde da Família - ESF vinculadas aos NASF;
- o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes SF e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das ESF quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar;
- o código do CNES da Unidade de Saúde em que será credenciado o serviço NASF, que deve estar inserida no território das ESF vinculadas;
- o formato de integração no sistema de saúde, incluindo fluxos e mecanismos de referências e contra-referências aos demais serviços da rede assistencial, prevendo mecanismos de retorno da informação e a coordenação do acesso pelas ESF; e
- descrição dos investimentos necessários à adequação da Unidade de Saúde para o bom desempenho das ações dos NASF.

II. A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou a sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta ao Ministério da Saúde.

III. A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Vencido o prazo fixado, o Município poderá enviar a solicitação de credenciamento com o protocolo de entrada na SES que comprove a expiração do prazo diretamente ao Ministério da Saúde.

IV. Após a aprovação, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de NASF que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável.

V. O Município, com as equipes previamente credenciadas pelo Estado, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades.

## ANEXO 03: Código de ética do assistente social

### **Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993**

#### **Princípios Fundamentais**

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

#### **Atribuições e Competências das (os) Assistentes Sociais**

As atribuições e competências das (os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da

Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas (os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos das (os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

- Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- Livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

- Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor;
- Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.